一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

プライマリ･ケア認定医認定審査申請書

２０　　年　 月　 日

一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会

理　事　長 　殿

私は貴学会認定プライマリ･ケア認定医の認定審査を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

申請者署名(自署)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．申請者 | | | | | | |
| 氏　　　　名 |  | 生年月日(西暦) | 年 月 日 | | 会員番号 |  |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　号 | | 医師免許取得年 | 昭・平 　　　年 | | |
| 所　　　　属 |  | | | | | |
| 連　 絡　 先  　(自宅・勤務先） | 住所　〒  電話　　　　　　　　　FAX  E-mail  ※合格者の氏名・勤務先の都道府県名は学会誌、ホームページで公開されます。 | | | | | |
| ２．医師免許取得後の職歴 | | | | | | |
| 記載法：就任(職)年月－退任(職)年月、就業施設･機関名称、役職名称、所在地(都道府県･市区町村)  本職のほかに兼職･兼任があれば、役職名称の後に（兼職、週1回）等と記載してください | | | | | | |
|  | | | | | | |

添付書類：① 活動報告書（様式 認定医-2）　② 詳細事例報告書（様式 認定医-3）

③ 認定医認定審査料を払い込んだ記録

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | | | | |
| 資格確認 | 会 員 |  | 審査結果 |  |
| 会 費 |  | 認定医認定番号 |  |
| 審査料払込み確認 | |  | 備考 |  |