一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

家庭医療後期研修修了見込証明書

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

以下に記載した専攻医は、専門医申請年度の5月31日までに家庭医療後期研修を修了する見込みであることを証明します。

プログラム責任者署名（自署）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．専攻医 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | | 後期研修開始日 | | 20 年 月 日 |
| ２．修了見込み日 | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | |
| ３．修了する見込みのプログラム | | | | | | | | | |
| プログラム名称 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| プログラム責任者 | | | | | | | | | |
| プログラム責任者氏名 | |  | | | 所属・役職 |  | | | |
| 所在地・連絡先 | | 住所　〒  電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | |
| 連絡担当者氏名＊・役職 | |  | | | | | | ＊プログラム責任者と別に連絡担当者がいる場合のみ記載 | |
| 連絡先 | | 電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | |
| ４．これまでの後期研修歴（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |