一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

家庭医療後期研修プログラム プログラム責任者変更申請書

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

以下に記載した内容で，プログラム責任者の変更を認めていただけますよう申請いたします．

申請者＊署名（自署）

＊申請者は変更前のプログラム責任者です．

但し，やむを得ない理由があるときは変

更後のプログラム責任者が申請できます．

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．プログラム名称 | | | | |
|  | | | | |
| ２．プログラムのVer.1,2の別 | | | | |
| □ 家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則に則ったプログラム（Ver.1）  □ 改訂家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則に則ったプログラム（Ver.2） | | | | |
| ３．変更前のプログラム責任者 | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | |
| 所属・役職 |  | | | |
| ４．変更後のプログラム責任者 | | | | |
| 氏　　　名 |  | 指導医認定番号 |  | |
| 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 | | | |
| ５．変更の理由 | | | | |
|  | | | | |