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廃止届

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

以下に記載した理由，期日で，家庭医療後期研修プログラムを廃止します．現在当プログラムに所属している専攻医および来期から後期研修を受ける予定の者に対して，滞りなく研修が継続できるよう最善の措置をとります．

プログラム責任者署名（自署）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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．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．廃止しようとする理由 | | | | |
|  | | | | |
| ５．廃止しようとする期日 | | | | |
| ２０　　年　　月　　日 | | | | |
| ６．現在所属している専攻医の氏名・年数・措置 | | | | |
| 氏　　名 | 後期研修年数 | | 滞りなく研修を継続できるようにするための措置 | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
| 氏　　名 | 後期研修年数 | | 滞りなく研修を継続できるようにするための措置 | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
|  | 年目 | |  | |
| ６．来期から後期研修を受ける予定の者の措置 | | | | |
| 内定者の人数：　　人  措置： | | | | |