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認定に関する異議申立書

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

以下に記載したように異議がありますので，再審議の上，その結果を知らせてください．

申立者＊署名（自署）

＊申立者はプログラム責任者（認定の前にあっては認定の申請者）です

|  |
| --- |
| 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．プログラム責任者（認定の前にあっては認定の申請者） |
| 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．異議申し立てをすることになった申請等（該当するもの以外を削除してください） |
| プログラムの認定　　プログラム責任者の認定　　プログラム認定の更新プログラム内容の変更　　プログラム責任者の変更　　プログラム認定の取消 |
| ５．異議申し立ての対象となるプログラム認定委員会の決定 |
|  |
| ５．異議の内容 |
|  |