第　号

家庭医療後期研修修了証

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  専攻医の氏名 | ぷらい　　まり  布来　真理 | | |
| 生年月日 | 19 年 月 日 | | |
| 修了した後期研修  プログラムの名称 | ○○○○プログラム | | |
| プログラム責任者の氏名 |  | | |
| 後期研修開始年月日  および修了年月日 | 20 年 月 日　開始  20 年 月 日　修了 | | |
| 研修の内容  施設の名称  所在地 | 期間 | 研修の内容 | 施設の名称  所在地 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 総合診療Ⅱ | ○○病院総合診療科  ○○県○○市○○○○1-1-1 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日(週半日) | 皮膚科外来 | ○○皮フ科クリニック  ○○県○○市○○3-1 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 一般内科 | ○○病院内科  ○○県○○市○○○○1-2 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 膠原病内科 | ○○総合病院膠原病内科  ○○県○○市○○○○4-5-6 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 小児科 | ○○総合病院小児科  ○○県○○市○○○○4-5-6 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 救急科 | ○○総合病院救急科  ○○県○○市○○○○4-5-6 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 整形外科 | ○○総合病院整形外科  ○○県○○市○○○○4-5-6 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 | 総合診療Ⅰ | ○○診療所  ○○県○○市○○○○10-5 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日(週半日) | 精神科外来 | ○○病院精神神経科  ○○県○○市○○○○1-1-1 |
| 20 年 月 日  ～ 月 日 |  |  |

上の者は、一般財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 ○○○○プログラムの課程を修了したことを認定する。

20 年 月 日

○○○○プログラム責任者　　　　○○　○○　印