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 後期研修中断届出書

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

以下に記載した者の学会認定家庭医療後期研修プログラムでの研修を中断しますので、届けます。

プログラム責任者署名（自署）

専攻医署名（自署）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．専攻医 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | | 後期研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| ２．後期研修中断日 | | | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| ３．中断する理由 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ４．現在所属のプログラム | | | | | | | | | | | |
| プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | | | Ver.1,2の別 | | | 認定番号 |
|  | | | | | | | | □ Ver.1プログラム  □ Ver.2プログラム | | | 第 - 号 |
| 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 | | | | | | | | | |
| ５．これまでの後期研修歴（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |