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 後期研修再開届出書

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再開しますので、届けます。

プログラム責任者署名（自署）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．専攻医 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | | 後期研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 後期研修中断日 | | | 20 年 月 日 | |
| ２．後期研修再開日 | | | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| ３．後期研修を再開するプログラム | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ４．中断前の所属プログラム名称 | | | | | | | | | | | Ver.1,2の別 |
|  | | | | | | | | | | | □ Ver.1プログラム  □ Ver.2プログラム |
| ５．中断前の後期研修歴（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ６．再開後の研修計画（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ７．研修修了予定日 | | | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |