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 後期研修延長申請書

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

以下に記載した専攻医の研修期間の延長を希望しますので、お認め下さい。

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 | |
| ２．所属プログラム | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| ３．延長期間 | | | | | | | | | | | | | | |
| 当初の研修修了予定日 | | | 20 年 月 日 | | | | 新しい研修修了予定日 | | | | 20 年 月 日 | | | |
| ４．延長が必要な理由と延長する研修内容 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |