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 専攻医の登録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）

＊申請者はプログラム責任者または専攻医です

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．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 |
| ２．プログラム責任者（申立者が専攻医の場合は，「所属」以下の記載は不要です） |
| 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．専攻医（申立者がプログラム責任者の場合は，「所属」以下の記載は不要です） |
| 専攻医氏名 |  | 会員番号 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先（ 自宅 ・ 勤務先 ） | 住所　〒電話　　　　　　　　　FAX E-mail  |
| ４．異議申し立ての対象となる決定 |
|  |
| ５．異議の内容 |
|  |