一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

家庭医療専門研修プログラム プログラム責任者変更申請書

（新制度に基づく家庭医療専門研修プログラムの認定に関する細則に準拠したもの）

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

以下の記載内容で，プログラム責任者の変更を認めて頂きますよう申請いたします．

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム責任者名 |  |

＊申請者は変更前のプログラム責任者です．

但し，やむを得ない理由があるときは変

更後のプログラム責任者が申請できます．

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | 認定番号 |
|  | | | | | | 第 　 - 　号 |
| ２．変更前のプログラム責任者 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 所属・役職 |  | | | | | |
| ３．変更後のプログラム責任者 | | | | | | |
| 氏名 |  | 指導医認定番号 | |  | | |
| 所属・役職 |  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　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 | |
| 連絡担当者連絡先 | 電話　　　　　　　　　E-mail | | | | | |
| ４．変更の理由 | | | | | | |
|  | | | | | | |