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（新制度） 専門研修延長申請書

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。

プログラム責任者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．専攻医 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 会員番号 |  | | | | 専門研修開始日 | | | | 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 | | | | | | | | | | 単独/連動の別 | | | | 認定番号 |
|  | | | | | | | | | | □ 単独プログラム  □ 連動プログラム | | | | 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．延長期間前の研修履歴（研修内容・研修施設（病院の場合は診療科名も）・期間） | | | | | | | | | | | | | | |
| * 連動研修で総合診療専門研修プログラムが未修了の場合は、総合診療専門研修等の研修歴も全て記載して下さい。総合診療専門研修プログラムが修了している場合は、総合診療専門研修プログラムの開始日と修了日を記載した上で、家庭医療専門研修と重なる研修以外の総合診療専門研修の記載は省略して構いません。 * 申請時から延長期間直前までの研修予定も含みます。   （記載例：総合診療II 兼 家庭医療II　○○病院 総合内科　20XX年4月1日～9月30日） | | | | | | | | | | | | | | |
| ５．延長が必要となった原因や事情・残された研修課題（ポートフォリオ未完成の場合は個数と領域名も） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ６．延長期間の研修予定（研修内容・研修施設・期間）とその間に課題を解決する取り組み | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ７．上記５, ６についての専攻医との合意形成の過程 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |