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） 専門研修修了届出書

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

以下に記載した者が学会認定家庭医療専門研修プログラムでの研修を修了しましたので、届けます。

プログラム責任者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．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 |
| 注）単独プログラムと連動プログラムの両方を運用しているプログラムは、それぞれに届出書を提出して下さい | | | | | | | | | | |
| ２．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．専門研修修了者 | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | 専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 総合診療専門研修修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | 専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 総合診療専門研修修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | 専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 総合診療専門研修修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | 専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 総合診療専門研修修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | 専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| 修了日 | | | 20 年 月 日 | |
| 総合診療専門研修修了日 | | | 20 年 月 日 | |

※ 単独プログラムの修了者と連動プログラムの修了者は届出書を分けてください。

※ 特例で総合診療専門研修を行っていない場合は、総合診療専門研修修了日欄に「特例」と記載して下さい。

※ 欄が足りない場合は追加してください。