一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会　家庭医療専門研修プログラム登録前

2017年以前の臨床研修修了者用 研修計画書

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

学会認定家庭医療専門研修プログラムへの専攻医登録前に、以下の研修計画を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．研修を計画する医師 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 会員番号 | |  | | | 研修開始予定日および  専門研修開始予定日 | | 20 年 月 日  20 年 月 日 | |
| ２．所属予定のプログラム | | | | | | | | | | | | |
| プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | | | | | | | 認定番号 |
|  | | | | | | | | | | | | 第 - 号 |
| 同一施設内の総合診療専門研修プログラムの有無（いずれかを■にしてください） | | | | | | | | | | □あり　　□なし | | |
| プログラム責任者 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 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 | | | | | | | | | | |
| ３．これまでの研修歴（診療施設名、科、期間や頻度など） | | | | | | | | | | | | |
| **初期研修**  研修病院名（　　　　　　　　　　　　）　開始年※：（　　　）年 | | | | | | | | | | ※開始年が2004年以降の場合  臨床研修修了登録証または  臨床研修修了証の写しを提出 | | |
| **後期研修**（内科、小児科、救急の研修に関連した内容のみ記載。複数あるときはコピペしてください）  　研修病院および研修科の名称（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **それ以降**（内科、小児科、救急の研修に関連した内容のみ記載、複数あるときはコピペしてください）  　研修病院および研修科の名称（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ４．研修計画と研修済の内容 | | | | | | | | | | | | |
| * それぞれの研修内容に対し、まずは既に研修済か、未研修かのいずれかを選んで■にしてください。 * ■を付けた側の右の欄に、①研修施設・科、②研修(予定)時期[西暦年・月]、③研修期間、④研修時の立場、⑤研修済の場合添付書類の種類、を含む必要事項を番号と共に（例②2020・7、③3カ月）記載してください。 * 研修済の場合、当該領域において専門医・認定医・指導医等として認定されていることを証明する書類、もしくは研修施設･科等の当時または現在の責任者や指導医が記載した研修証明書を添付してください。   ※ 初期研修中に実施したものは認めません。また単に救急外来での業務を継続的に担当していたような場合は、研修とみなしません。専門科にて一定期間指導を受ける、受けた場合のみ研修として認めます。  ※ これらは、総合診療専門研修プログラムの必須領域別研修と同等ですので、プログラムにおける認定施設での研修を計画することが強く推奨されます。 | | | | | | | | | | | | |
| 内科  (12カ月) | □済 | |  | | | | | | | | | |
| □未 | |  | | | | | | | | | |
| 小児科  (3カ月 | □済 | |  | | | | | | | | | |
| □未 | |  | | | | | | | | | |
| 救急  (3カ月) | □済 | |  | | | | | | | | | |
| □未 | |  | | | | | | | | | |