

受付番号	受付日	20 年 月 日	決定日	20 年 月 日	決定
------	-----	----------	-----	----------	----

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 後期研修移籍申請書

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学会認定家庭医療後期研修プログラムの移籍を希望しますので、お認め下さい。

プログラム責任者*署名（自署）

*申請者は現在所属（移籍前）のプログラム責任者です

1. 移籍する専攻医			
氏名	会員番号	後期研修開始日	20 年 月 日
2. 移籍予定日			
20 年 月 日			
3. 移籍する理由			
やむを得ない理由であることが分かるように記載してください。			
4. 現在所属のプログラム			
プログラム名称 ※必ず正式な名称を記載して下さい		Ver.1,2 の別	認定番号
		<input type="checkbox"/> Ver.1 プログラム <input type="checkbox"/> Ver.2 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 E-mail	FAX	
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ある場合のみ記載		
連絡先	電話 E-mail	FAX	
5. 移籍先のプログラム			
プログラム名称 ※必ず正式な名称を記載して下さい		Ver.1,2 の別	認定番号
		<input type="checkbox"/> Ver.1 プログラム <input type="checkbox"/> Ver.2 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 E-mail	FAX	
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ある場合のみ記載		
連絡先	電話 E-mail	FAX	

受付番号	受付日	20 年 月 日	決定日	20 年 月 日	決定
------	-----	----------	-----	----------	----

<p>6. これまでの後期研修歴（内容・研修施設・期間）</p> <p>現在（移籍前）のプログラム責任者がお書き下さい。</p> <p>記載例 内科研修・〇〇病院内科・2014年4月1日～9月30日 総合診療専門研修Ⅱ・〇〇病院総合診療科・2014年10月1日～2015年3月31日 小児科研修・〇〇病院小児科・2015年4月1日～6月30日（予定）</p>
<p>7. 移籍後の研修計画（内容・研修施設・期間）</p> <p>現在のプログラム責任者と移籍先のプログラム責任者が協議の上、移籍先のプログラム責任者がお書き下さい。後期研修プログラムを修了するには、これまでの研修歴を勘案の上、移籍先のプログラム修了要件を満たす必要があります。</p> <p>記載例 移籍前プログラムでの研修は、当プログラムのそれぞれの研修と同等とみなせる。従って当プログラムの中で未履修の下記の研修を計画する。</p> <p>選択研修（整形外科）・△△病院整形外科・2015年7月1日～9月30日 選択研修（消化器内科）・△△病院消化器内科・2015年10月1日～12月31日 選択研修（精神科）・□□メンタルクリニック・2016年1月1日～3月31日 総合診療専門研修Ⅰ・○△□診療所・2016年4月1日～2017年3月31日</p> <p>移籍前のプログラムと移籍先のプログラムは、同じバージョンであることが原則です。ただし専攻医の通勤圏内に同じバージョンの受け入れ可能なプログラムが存在しないなど、やむを得ない理由で異なるバージョンのプログラムへの移籍を希望するときは、審査の上これを認めることがあります。その際、移籍前の研修歴の一部が移籍後のプログラムの研修と同等とみなせる場合は、これを履修済みとして研修計画を立てることができます。異なるバージョンであることに留意したうえで同等と判断した理由を記載してください。</p>
<p>8. 研修修了予定日</p> <p>20 年 月 日</p>

上記の通り、専攻医の移籍を受け入れます。

移籍先プログラム責任者署名