

家庭医療専門研修（新制度）修了証

ふりがな 専攻医の氏名	ぶらい まり 布来 真理		
生年月日	19 年 月 日		
修了した家庭医療専門 研修プログラム名称と 基幹施設の名称・住所	〇〇〇〇プログラム 基幹施設：〇〇〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇〇〇		
プログラム責任者の氏名			
家庭医療専門研修開始 年月日および修了年月日	20 年 月 日 開始 20 年 月 日 修了		
研修の内容 施設の名称 所在地	期間	研修の内容	施設の名称 所在地
	20 年 月 日 ～ 月 日	家庭医療専門 研修Ⅱ	〇〇病院総合診療科 〇〇県〇〇市〇〇〇〇1-1-1
	20 年 月 日 ～ 月 日	家庭医療専門 研修Ⅰ	〇〇病院内科 〇〇県〇〇市〇〇〇〇1-2
	20 年 月 日 ～ 月 日	家庭医療専門 研修Ⅰ	〇〇診療所 〇〇県〇〇市〇〇〇〇10-5
修了した総合診療専門 研修プログラムの名称、 基幹施設の名称・住所、 研修開始年月日および 修了年月日	〇〇〇〇総合診療専門研修プログラム 基幹施設：〇〇〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 20 年 月 日 開始 20 年 月 日 修了		

上の者は、一般財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）  
〇〇〇〇プログラムの課程を修了したことを認定する。

20 年 月 日

〇〇〇〇プログラム責任者

〇〇 〇〇 印

家庭医療専門研修Ⅰの12カ月連続研修の要件を、  
6カ月のブロック研修+6カ月の週1日外来研修で  
満たした場合は次のように記載。

20 年 月 日 ～ 月 日	家庭医療専門 研修Ⅰ	〇〇診療所 〇〇県〇〇市 〇〇〇〇10-5
20 年 月 日 ～ 月 日 (週1日)	家庭医療専門 研修Ⅰ	〇〇診療所 〇〇県〇〇市 〇〇〇〇10-5

2017年以前の臨床研修修了者で総合診療専門研修を行わない場合は次のように記載。

総合診療専門研修は行っていない

2017年以前の臨床研修修了者の特例適用  
臨床研修 20 年 月 日修了

2017年以前の臨床研修修了者の特例適用の場合は、内科、小児科、救急科の領域別研修についても、この欄に記載してください。