

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

4. 専門研修開始者						
氏名		会員番号		専攻医メーリングリストに登録するメールアドレス		
初期臨床研修	開始年度	20 年度		研修施設名		
		修了日	20 年 月 日			
緩和ケア研修会	<input type="checkbox"/> e-learning 研修と集合研修を修了済み <input type="checkbox"/> e-learning 研修のみ修了済み <input type="checkbox"/> 未修了					
総合診療専門研修開始日		20 年 月 日				
家庭医療専門研修(連動)開始日		20 年 月 日				
総合診療専門研修修了予定日		20 年 月 日				
家庭医療専門研修修了予定日		20 年 月 日				
総合診療専門研修 予定内容	総合診療専門研修 I ※病院の場合は診療科名も記載のこと	研修施設 1	20 年 月			
		研修施設 2	20 年 月			
		研修施設 3	20 年 月			
	総合診療専門研修 II ※研修施設には診療科名も記載のこと	研修施設 1	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 2	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 3	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
家庭医療専門研修 予定内容	家庭医療専門研修 I ※12 カ月連続研修をする施設に★を付けること ※6 カ月以上のブロック研修に連続して週1日の研修を行うことで12 ヶ月連続研修とみなす場合は、ブロック研修に◎、週1日の研修に○を付けること	研修施設 1	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 2	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 3	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
	家庭医療専門研修 II ※12 カ月連続研修をする施設に★を付けること ※◎、○についてもIと同様 ※研修施設には診療科名も記載のこと	研修施設 1	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 2	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
		研修施設 3	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
	その他 1 ※目的例：精神科研修 等	研修施設・目的	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
	その他 2	研修施設・目的	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			

緩和ケア研修会を、家庭医療専門研修開始前に受講済みの方がどのくらいいらっしゃるか調査をしています。家庭医はがん患者さん等の緩和ケアに携わるので、当研修会の受講が必須と考えられるためです。お手数でも専攻医から聞き取って記載をお願い致します(口頭の確認で構いません)。なお、未受講の場合は受講を勧めさせていただきますよう、お願い致します。

総合診療専門研修プログラムでの内科、小児科、救急以外で、家庭医療専門研修プログラムとして特に付加する研修があれば記載して下さい。

総合診療専門研修と兼ねる研修で、期間も同じ場合は、研修施設欄に「総合診療 I の研修施設 1 と同時研修」のように記載して下さい。