

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
家庭医療専門研修プログラム 研修開始届出書 (単独用)

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研修を開始しましたので、届けます。

1. 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	
2. 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ある場合のみ記載		
連絡担当者連絡先	電話	E-mail			
3. 専門研修開始者					
1	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	臨床研修施設名			
		臨床研修開始年度	20 年度	臨床研修修了日	20 年 月 日
	総合診療専門研修	プログラム名称			
		専門研修開始年度	20 年度	専門研修修了日	20 年 月 日
		総合診療専門医	(当てはまる方を■に) <input type="checkbox"/> 取得 (20 年度) <input type="checkbox"/> 未取得		
	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			
	家庭医療専門研修開始日	20 年 月 日			
	家庭医療専門研修修了予定日	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	研修期間	20 年 月	
		研修施設 2	研修期間	20 年 月	
		研修施設 3	研修期間	20 年 月	
		研修施設 1	研修期間	20 年 月	
		研修施設 2	研修期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
		研修施設 1	研修期間	20 年 月	
	研修施設 2	研修期間	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	研修期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
その他 2	研修施設・目的	研修期間	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聴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ていただけますよう、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。