

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（新制度） 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専門研修プログラムの移籍を希望しますので、お認め下さい。

プログラム責任者名 _____

*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	専門研修開始日 20 年 月 日
2. 移籍予定日			
20 年 月 日			
3. 移籍する理由 ※ プライバシーに配慮した上で具体的に記載してください			
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">専攻医が書くのではなく、プログラム責任者が書いて下さい。</div>			
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		単独/連動の別	認定番号
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">どちらかを選んで下さい。</div>		<input type="checkbox"/> 単独プログラム <input type="checkbox"/> 連動プログラム	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	FAX
		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		
連絡先	電話	FAX	
		E-mail	
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		単独/連動の別	認定番号
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">どちらかを選んで下さい。</div>		<input type="checkbox"/> 単独プログラム <input type="checkbox"/> 連動プログラム	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	FAX
		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		
連絡先	電話	FAX	
		E-mail	

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

6. 移籍前の専門研修歴（内容・研修施設（病院の場合は診療科名も）・期間）	
総合診療専門研修または家庭医療後期研修 Ver.2との連動研修の場合は、そのプログラム名（正式名）	プログラム種別 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 家庭医療 ver.2
<p>※ 連動研修で総合診療専門研修プログラムが未修了の場合は、総合診療専門研修等の研修歴も全て記載して下さい。総合診療専門研修プログラムが修了している場合は、総合診療専門研修プログラムの開始日を記載した上で、家庭医療専門研修と重なる研修以外の総合診療専門研修の記載は省略して構いません。</p> <p>※ 申請時から移籍直前までの研修予定も含みます。</p> <p>（記載例：総合診療 II 兼 家庭医療 II ○○病院 総合内科 20XX年4月 日～9月30日）</p>	
<p>運動研修で、“総合診療 I 兼 家庭医療 I”、“総合診療 II 兼 家庭診療 II”、“内科 兼 家庭診療 II”など総合診療専門研修プログラムの研修と兼ねている場合も、家庭医療専門研修を省略せずに記載して下さい。</p> <p>記載漏れのないようにお願いします。</p>	
総合診療専門研修との連動研修の場合	総合診療専門研修プログラムは <input type="checkbox"/> 移籍前に修了する・した（修了予定日 20 年 月 日） <input type="checkbox"/> 移籍後に修了する
7. 移籍後の専門研修計画（内容・研修施設（病院の場合は診療科名も）・期間）	
総合診療専門研修または家庭医療後期研修 Ver.2との連動研修の場合は、そのプログラム名（正式名）	プログラム種別 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 家庭医療 ver.2
<p>※ 連動研修の場合は、総合診療専門研修等の研修計画（修了予定日を含む）も全て記載して下さい</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 研修計画の書き方は6欄の記載例に準じて下さい。 移籍後に家庭医療専門研修以外の研修もある場合は、それらも含めて空白期間がないように記載して下さい。 総合診療専門研修プログラムが移籍後に修了する場合は、これの修了予定日も記載して下さい。 <p>連動研修で総合診療専門研修プログラムも移籍する場合は、「総合診療専門研修プログラムの移籍は日本専門医機構承認済み（あるいは申請中）」などと記載して下さい。</p>	
8. 研修修了予定日	
20 年 月 日	

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名

※ 提出の際は、必ず移籍前のプログラム責任者または連絡担当者から送信して下さい。