

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） 専門研修延長申請書

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研修期間の延長を希望しますので、お認め下さい。

プログラム責任者名 _____

1. 専攻医			
氏名	会員番号	専門研修開始日	20 年 月 日
2. 所属プログラム			
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
		<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		
3. 延長期間			
当初の研修修了予定日	20 年 月 日	新しい研修修了予定日	20 年 月 日
4. 延長期間前の研修履歴（研修内容・研修施設（病院の場合は診療科名も）・期間）			
※ 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と修了日を記載した上で、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。 ※ 申請時から延長期間直前までの研修予定も含みます。 （記載例：総合診療 II 兼 家庭医療 II ○○病院 総合内科 20XX 年 4 月 1 日～9 月 30 日）			
連動研修で、“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。		記載漏れのないようにお願いします。	
5. 延長が必要となった原因や事情・残された研修課題			
単に「家庭医療専門研修 I が未完了」、「ポートフォリオが未完了」と書くだけでなく、修了予定日までに完了できなかった原因や事情を具体的に記載して下さい。 習得した能力が修了要件を満たさないと判断された場合は、何が課題なのかを具体的に記載して下さい。			

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

6. 延長期間の研修予定（研修内容・研修施設・期間）とその間に課題を解決する取り組み

- ・研修予定の書き方は4欄の記載例に準じて下さい。
- ・この延長期間に5欄に記載した課題をどう解決するか、サポート体制も含めて記載して下さい。
- ・延長期間内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未修了の場合は、これの修了予定日も記載して下さい。

7. 上記5, 6についての専攻医との合意形成の過程

専攻医と十分に話し合い、専攻医とプログラム責任者・指導医側とで5, 6欄の内容について合意をしてください。