

総合診療専門研修 カリキュラム制（単位制）研修開始の理由書

日本専門医機構 御中

総合診療専門研修においてプログラム制で研修することが不可能であるため、カリキュラム制（単位制）での研修を開始したく、理由書を提出します。

記入日（西暦） 年 月 日

●申請者氏名（署名）

●勤務先

施設名：

科・部名：

〒：

TEL：

メールアドレス：

●プログラム制での研修ができない理由 ※理由を証明する書類を添付すること

1) 義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者（地域枠医師等）

2) 出産、育児、介護、療養等のライフイベント

3) 海外・国内留学

4) 他科基本領域の専門医を取得

5) 臨床研究医コースの者

6) その他上記に該当しない場合

●移行希望年月日： 年 月 日

●理由詳細

●他科基本領域専門研修プログラムでの研修歴について

他科基本領域専門研修プログラムに登録したことがある（はい・いいえ）

はいの場合、基本領域名（ 科）

研修状況（中途辞退・中断・修了）

主たる研修施設

上記の者が総合診療研修カリキュラム制（単位制）での研修を開始することを承諾いたします。

研修施設名 _____

プログラム統括責任者 _____

④

（記名・押印または署名）

カリキュラム制（単位制）での予定について

予定を下の通り報告いたします。

記入日（西暦） 年 月 日

●申請者氏名

●予定

例) 内科 A病院

_____科

_____病院

_____科

_____病院

_____科

_____病院