精神科専門研修プログラム移動申請書

申請日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 印 |
| 会員番号 |  |
|  |  |
| プログラム移動を希望する理由（プログラム移動を希望するに至った経緯についても、出来るだけ詳しく記載してください。） |  |
| 備考 |  |
| 【注意事項】●移動前プログラムでの研修修了後は、すみやかに研修歴や各種評価、経験症例登録を完了させてください。システム上でプログラム移動を実行すると、移動前プログラムの内容を登録することはできなくなります。特に経験症例についてはレポート作成もふまえてよく確認してください。●移動後のプログラムと、移動後の研修計画をあらかじめよく相談してから、プログラム移動申請書を提出してください。●プログラム移動の前後に研修中断期間があれば、中断申請書も提出してください。□　上記注意事項について了承した |
| プログラム承認欄 |
|  | 移動**前**のプログラム | 移動**後**のプログラム |
| プログラム名 |  |  |
| プログラムでの研修開始日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日※所属開始日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日※所属開始日 |
| プログラムを移動する日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日※所属最終日 |  |
| プログラム統括責任者承認欄 | 承認日：　　　 年　　月　　日**申請内容について承認する。** プログラム統括責任者氏名：印 | 承認日： 　　　年　　月　　日**申請内容について承認する。** プログラム統括責任者氏名：印 |

（学会使用欄）

上記申請を受理いたしました。この後、日本専門医機構の審査を経て最終的な承認がなされます。

日本専門医機構より問い合わせがあった場合は、速やかにご回答ください。

学会承認日：　　　　年　　月　　日

公益社団法人 日本精神神経学会

専門医研修委員会　　印