精神科専門研修プログラム専攻取り下げ申請書

申請日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 印 |
| 会員番号 |  |
| 所属プログラム名 |  |
| プログラムでの研修終了日 |  |
| プログラムの専攻を取り下げる理由 | □ 妊娠出産育児・介護・その他ライフイベント　　□ 病気療養　　□ 進路変更　　　　□ 転科（　　　　　　　　　　　　　　科）□ その他（詳細を下記空白部に記載） |
| 備考 |  |
| 【注意事項】* 本申請の受理をもって、精神科専攻医としての登録は抹消されます。再度精神科専門医を目指す際は、プログラムへの応募が必要です。また、これまでの研修歴を引き継げません。
* プログラムを離脱するがいずれ研修再開を希望する場合は、別の申請があります。事務局までご相談ください。
* 日本精神神経学会の退会を希望される場合は、別途退会手続きが必要となりますので、ご連絡をお願い致します。

□　上記注意事項について了承した　 |
| 【プログラム統括責任者承認欄】　 承認日：　　　　年　　　月　　　日上記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。　　　　　　　　　 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