

精神科専門研修

カリキュラム制 研修開始申請書

日本精神神経学会 気付 日本専門医機構 御中

精神科専門研修において、プログラム制で研修することが不可能であるため、カリキュラム制での研修を開始したく、申請します

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：

●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) その他上記に該当しない場合

●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）

上記の者がカリキュラム制での研修を開始することを承諾いたします

プログラム名 _____

プログラム統括責任者（署名） _____

Ⓔ