**精神科専門研修**

**カリキュラム制 移行申請書**

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、プログラム制での研修を完遂することが不可能であるため、カリキュラム制へ移行したく、申請します

**申請日（西暦） 年 月 日**

●申請者（専攻医）氏名 （署名）

●勤務先

施設名 ：

科・部名 ：

〒 ：

TEL：

●カリキュラム制への移行希望日：（西暦） 年 月 日

●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（パワハラ等を受けた等）

●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へ移行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） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞