**精神科専門研修 カリキュラム制 移行申請書**

申請日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名(会員番号) | 印  （　　　　　　　　） |
| 所属プログラム名 |  |
| 医籍番号 |  |
| カリキュラム制への  移行希望日 | 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（パワハラを受けた等） |
| 理由詳細  ※必須 |  |
| 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） |
| 備考 |  |
| 【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 | |

（カリキュラム制移行申請書　別紙）

（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

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名(会員番号) | （　　　　　　　　） |
| 所属プログラム名 |  |
| カリキュラム制で  希望する内容 | □非常勤のみの研修期間  ・複数施設で並行して研修する予定が　（ □ある　　□ない ）  ・以下の特例措置の適用を　　（□希望する　　□希望しない）  （カリキュラム制整備基準）  研修開始から 3 年以上経過し、産休・育休、病欠、留学等により研修歴に非常勤の みの期間を含む者について、上記１）の方法で算出した研修期間が 3 年間に満たな い場合、不足する研修期間の延長を最大 6 か月まで免除する。  □研修施設のローテーション |
| 今後の研修予定 | 今後予定している研修歴を記載してください。  記載内容：施設名（yyyy/mm/dd～yyyy/mm/dd）　常勤or非常勤週●コマ  1)  2)  3)  4)  ※1コマ＝4時間　常勤＝週32時間以上＝週8コマ |
| 注意事項 | □プログラム制での研修ができない理由を証明する書類を添付した。 |