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

（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

（カリキュラム制移行申請書　別紙）

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。