

一般社団法人 日本地域医療学会  
「地域総合診療専門医」研修申請書

下記項目に必要な事項をご記入の上、office@jach.or.jpまでご提出ください。

\*マークが付いている項目は入力必須の項目です。

※2023年1月1日時点の情報をご記載ください。

※年次を記入する項目では特段指定がない限り西暦表記でご記入ください。

(凡例)  ←文字・数字を入力

←選択肢の中から必ず1つを選択  ←該当する場合はチェック

戸籍上の氏名*	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
ふりがな*	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
医籍登録上の氏名 ※戸籍上の氏名と同一の場合は省略可	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
(戸籍上の)性別*	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性			
生年月日*	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
住所*	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	(都道府県)		
	<input type="text"/>	(市区町村・番地)		
	<input type="text"/>	(建物名・号室)		
連絡先電話番号*	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-
	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-
	<input type="radio"/> 代表 (内線: <input type="text"/> )		<input type="radio"/> 直通	
携帯電話番号*	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-
連絡先E-mailアドレス*	<input type="text"/>		@	<input type="text"/>
※携帯不可	※なるべくご本人様に直接届くメールアドレスをご記入ください。			
連絡先E-mailアドレス*	<input type="text"/>		@	<input type="text"/>
(再入力)	※確認のため再度入力してください。			
卒業大学* (医学士課程)	大学名:	<input type="text"/>	大学	
	卒業年:	西暦	<input type="text"/>	年
医籍登録番号*	<input type="text"/>			
医籍登録年月日*	<input type="radio"/> 昭和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> 平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> 令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>
所属施設*	<input type="text"/>			
診療科*	<input type="text"/>			

・医師臨床研修中あるいは総合診療専門研修中の所属欄はそれぞれ『研修医』あるいは『専攻医』とご記載下さい  
 ・年次は西暦でご記入ください。  
 ・詳細の日にちが不明な場合は「1日」と入力してください。  
 ・期間を計算する際、1ヶ月に満たない分は切り上げてください。  
 (例: 2.5ヶ月の場合は3ヶ月と記入)

職歴*	1	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	2	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	3	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	4	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	5	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	6	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	7	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	8	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	9	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
	10	施設名： 年 月 日 ~ 年 月 日	診療科： 期間： 年 月
義務年限の有無*	<input type="radio"/> 有り ⇒残り期間 (2023年4月1日時点) 年 月 <input type="radio"/> 無し		
日本地域医療学会への入会有無*	<input type="radio"/> 入会済 <input type="radio"/> 申請中		
医師臨床研修*	1	管理型臨床研修病院名： 研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	2	管理型臨床研修病院名： 研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	研修修了年月日： 年 月 日		

医師臨床研修中にプログラムを移籍した場合は、2の欄に移籍後の情報をご記入ください。

機構認定基本領域 専門研修	基本領域： <input type="radio"/> 総合診療 <input type="radio"/> 内科 <input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> 救急科	
	1	プログラム名称： 基幹施設名： 研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	2	プログラム名称： 基幹施設名： 研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	研修修了（予定）年月日： 年 月 日	
	機構認定専門医資格の取得状況： <input type="radio"/> 取得済（ 年度） <input type="radio"/> 取得見込み（ 年度）	
学会認定専門医資格	取得済の資格についてご記入ください。	
	1	<input type="radio"/> 家庭医療専門医 <input type="radio"/> 病院総合診療専門医 <input type="radio"/> 総合内科専門医 <input type="radio"/> 内科認定医 <input type="radio"/> 外科専門医 <input type="radio"/> 救急科専門医 <input type="radio"/> サブスペシャルティ内科専門医 → サブスペシャルティ領域： <input type="radio"/> サブスペシャルティ外科専門医 → 取得年月日： 年 月 日 更新状況： <input type="radio"/> 現在も更新維持している <input type="radio"/> 現在は失効している
	2	<input type="radio"/> 家庭医療専門医 <input type="radio"/> 病院総合診療専門医 <input type="radio"/> 総合内科専門医 <input type="radio"/> 内科認定医 <input type="radio"/> 外科専門医 <input type="radio"/> 救急科専門医 <input type="radio"/> サブスペシャルティ内科専門医 → サブスペシャルティ領域： <input type="radio"/> サブスペシャルティ外科専門医 → 取得年月日： 年 月 日 更新状況： <input type="radio"/> 現在も更新維持している <input type="radio"/> 現在は失効している
	3	<input type="radio"/> 家庭医療専門医 <input type="radio"/> 病院総合診療専門医 <input type="radio"/> 総合内科専門医 <input type="radio"/> 内科認定医 <input type="radio"/> 外科専門医 <input type="radio"/> 救急科専門医 <input type="radio"/> サブスペシャルティ内科専門医 → サブスペシャルティ領域： <input type="radio"/> サブスペシャルティ外科専門医 → 取得年月日： 年 月 日 更新状況： <input type="radio"/> 現在も更新維持している <input type="radio"/> 現在は失効している
	※取得済の資格が3つ以上ある場合は備考欄にご記入ください。	
	※機構認定基本領域専門研修または学会認定専門医資格はいずれか一方を必ずご記入ください。	

機構認定基本領域専門研修が内科・外科・救急科の場合は、ホームページに別途掲載しております「内科・外科・救急科からの研修希望者の経験実績」をご提出ください。

専門研修中にプログラムを移籍した場合は、2の欄に移籍後の情報をご記入ください。

研修修了（予定）年月日は、研修管理委員会が認定した研修修了（予定）年月日をご記入ください。

(厚生労働省認定の) 医師少数区域経験認定 の有無*	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し																																																																																																															
研修プログラム*	希望する地域総合診療専門研修プログラムを最大2つまでご記入ください。																																																																																																															
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">第1希望</td> <td>プログラム名：</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>基幹施設名：</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>研修プログラム開始予定日：</td> <td></td> <td>年</td> <td></td> <td>月</td> <td></td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>研修期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">研修予定</td> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 未定         </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">第2希望</td> <td>プログラム名：</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>基幹施設名：</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>研修プログラム開始予定日：</td> <td></td> <td>年</td> <td></td> <td>月</td> <td></td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>研修期間：</td> <td></td> <td colspan="2">年間</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">研修予定</td> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修施設：</td> <td></td> <td>期間：</td> <td></td> <td colspan="2">ヶ月間</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 未定         </td> </tr> </table>	第1希望	プログラム名：					基幹施設名：						研修プログラム開始予定日：		年		月		日		研修期間：		ヶ月間					研修予定	研修施設：		期間：		ヶ月間			研修施設：		期間：		ヶ月間			研修施設：		期間：		ヶ月間			<input type="checkbox"/> 未定							第2希望	プログラム名：					基幹施設名：						研修プログラム開始予定日：		年		月		日		研修期間：		年間					研修予定	研修施設：		期間：		ヶ月間			研修施設：		期間：		ヶ月間			研修施設：		期間：		ヶ月間			<input type="checkbox"/> 未定					
第1希望	プログラム名：																																																																																																															
	基幹施設名：																																																																																																															
	研修プログラム開始予定日：		年		月		日																																																																																																									
	研修期間：		ヶ月間																																																																																																													
研修予定	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	<input type="checkbox"/> 未定																																																																																																															
第2希望	プログラム名：																																																																																																															
	基幹施設名：																																																																																																															
	研修プログラム開始予定日：		年		月		日																																																																																																									
	研修期間：		年間																																																																																																													
研修予定	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	研修施設：		期間：		ヶ月間																																																																																																											
	<input type="checkbox"/> 未定																																																																																																															
備考欄 (上記で記載できないこと や、研修について要望・課 題があればお書きくださ い)																																																																																																																

既に研修希望先の  
 基幹施設担当者と調  
 整済の場合は、第1  
 希望の欄にその内  
 容をご記入ください。

研修予定(施設・期  
 間)が既に定まっ  
 ている場合はご記  
 入ください。  
 未定の方は「未定」  
 にチェックを付け  
 てください。