

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		名		
ふりがな *	姓		名		
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		名		
(戸籍上の) 性別 *	☐ 男性 ☐ 女性				
生年月日 *	西暦		年		月 日
住所 *	〒		-		
				(都道府県)	
				(市区町村・番地)	
				(建物名・号室)	
連絡先電話番号 *		-		-	
	☐ 代表 (内線:)			☐ 直通	
携帯電話番号 *		-		-	
連絡先E-mailアドレス * ※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 * (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:				大学
	卒業年:	西暦		年	
医籍登録番号 *					
医籍登録年月日 *	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月 日
所属施設 *					
診療科 *					

職歴＊	1	施設名：						診療科：				
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
	2	施設名：						診療科：				
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
	3	施設名：						診療科：				
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
	4	施設名：						診療科：				
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
	5	施設名：						診療科：				
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
6	施設名：						診療科：					
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月		
7	施設名：						診療科：					
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月		
8	施設名：						診療科：					
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月		
9	施設名：						診療科：					
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月		
10	施設名：						診療科：					
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年	ヶ月	
義務年限の有無＊		☐ 有り ⇒残り期間（2025年4月1日時点） 年 ヶ月 ☐ 無し										
日本地域医療学会への入会有無＊		☐ 入会済 ☐ 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							

(厚生労働省認定の) 医師少数区域経験認定 の有無*		○ 有り		○ 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。								
		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		
			☐ 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				
	☐ 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)										