申請日　　西暦　　　　年　　月　　日

**専門研修プログラム取消届**

下記の通りプログラムの取り消しを希望します。　　　　　　　　　No.

**※太線の枠内に記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 基幹施設名 |  |
| プログラム名 |  |
| 認定番号 |  |
| 領域  （該当領域に〇を  　付けてください） | 内科　小児科　皮膚科　精神科　外科　整形外科　産婦人科　眼科　耳鼻咽喉科　泌尿器科　脳神経外科　放射線科　麻酔科　病理　臨床検査　救急科　形成外科　リハビリテーション科　総合診療 |
| 申請者名 | 氏　名：  所属先：  役職名： |
| 申請者連絡先 | 電話番号：　　　—　　　—  E-mail： |
| 取消日：取消理由  （例 指導医の不在、施設の閉院） | 取　消　日：　　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 取消理由： |
| 専攻医の研修状況 | ※貴プログラムに所属し研修を行っている専攻医の人数を記載してく  　ださい。  　（　　　　　　）名 |
| ※研修中の専攻医がいる場合の対応方法について記載してください。  例）○○○○プログラムに異動し、継続した研修を行っていただく。 |

**※以下の欄は、日本皮膚科学会及び日本専門医機構が記載しますので、記入しないでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 基幹施設名 |  |
|  |  |
| 基本領域学会名 |  |
| 基本領域確認欄  検討結果 | 検討結果日：西暦　　　　年　　月　　日  承　認　　　　不承認　　　　保　留 |
| 理由： |
| 機構への申請理由 |  |
|  |  |
| 機構確認欄  検討結果 | 検討結果日：西暦　　　　年　　月　　日  承　認　　　　不承認　　　　保　留 |
| 理由： |

※１申請手順：基幹施設から日本皮膚科学会に申請してください。本会での審査後、日本専門医機構に提出いたします。

※２提出方法：以下までメールにてご提出頂きますようお願いします。

　　　　　　提出先）hifu-senmon@dermatol.or.jp

※３必要の際は別途資料の添付をお願いします。

申請日　　西暦　**2018**　年　**4**　月　**20**　日

**記載見本**

**専門研修プログラム取消届**

**認定番号は空白のままでも問題ありません。**

下記の通りプログラムの取り消しを希望します。　　　　　　　　　No.

**※太線の枠内に記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 基幹施設名 | **××大学医学部皮膚科** |
| プログラム名 | **××大学皮膚科研修プログラム** |
| 認定番号 |  |
| 領域  （該当領域に〇を  　付けてください） | 内科　小児科　皮膚科　精神科　外科　整形外科　産婦人科　眼科　耳鼻咽喉科　泌尿器科　脳神経外科　放射線科　麻酔科　病理　臨床検査　救急科　形成外科　リハビリテーション科　総合診療 |
| 申請者名 | 氏　名：**日皮　次郎**  所属先：**××大学医学部皮膚科**  役職名：**講師** |
| 申請者連絡先 | 電話番号：**03　— xxxx — xxxx**  E-mail：**Dummy@dermatol..jp** |
| 取消日：取消理由  （例 指導医の不在、施設の閉院） | 取　消　日：　　西暦　**2019**　年　**3**　月　**31**　日 |
| 取消理由：  **××大学が基幹施設としての要件を満たさなくなったため** |
| 専攻医の研修状況 | ※貴プログラムに所属し研修を行っている専攻医の人数を記載してく  　ださい。  　（　　　**3**　　　）名 |
| ※研修中の専攻医がいる場合の対応方法について記載してください。  例）○○○○プログラムに異動し、継続した研修を行っていただく。  **同県にある△△病院皮膚科研修プログラムに異動し、そこで研修を続ける** |