**以下、１～５について記載をお願いいたします（必須）。**

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　月　　　日

**１．希望する施設に○を付けてください。**　（複数選択可。組み合わせての見学・実習・研修もできます。）

■更別村国民健康保険診療所（更別）　　　■寿都町立寿都診療所（寿都）

■国民健康保険上川医療センター（上川）　■本輪西ファミリークリニック（室蘭）

■栄町ファミリークリニック（札幌）　　　　　　　　■北星ファミリークリニック（旭川）

■浅井東診療所（滋賀県）

**２．希望日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　月　　　　日**

**３．以下について、お教えください。**

**（ふりがな**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**）**

**氏　名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**年齢**：　　　　**歳**　**性別**：　男　・　女

**所　属**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

＊医学部生は学年を、医師は現在の所属と卒業年を記載してください．

**E-mail** :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

**TEL** : 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

**住所** : 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

**４．見学・実習・研修の風景をセンターFacebookページで紹介してもよろしいでしょうか？**

**○を付けてください。**

①写真＋名前付きで掲載してもよい　　②名前だけならよい　　③匿名ならよい　　④掲載しないで欲しい

**５．お申込みの動機、ご質問、ご意見などお書きください。**