



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。組み合わせでの見学・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、お教えてください。

（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： _____

T E L： _____

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。
