



医療法人 北海道家庭医療学センター  
エクスターンシップ申込書

記入日 年 月 日

1. 希望するサイトに○を付けてください。

(複数選択可。組み合わせでの見学・研修もできます。)

本輪西ファミリークリニック(室蘭) / 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) /  
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)

2. 希望日 : 年 月 日 ~ 月 日

(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。

連絡先 : 〒 -

住所 : .

TEL : - - .

E-mail : .

見学・実習申込の動機や、質問事項、ご意見などあればお書きください