



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

希望するコースに丸を付けてください。

A. 家庭医療・地域医療体験コース

更別村国保診療所 / 寿都診療所 (実習を希望するサイトに○をつけて下さい)

B. HCFM 研修体験コース

(ふりがな \_\_\_\_\_ )

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別：女 男

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： \_\_\_\_\_ . FAX： \_\_\_\_\_.

E-mail： \_\_\_\_\_.

・参加希望の動機 (自由に書いてください)