

文部科学省採択 未来医療研究人材養成拠点形成事業
平成29年度 札幌医科大学
北の地域医療を支える総合診療医養成プラン 履修届

次のとおり、北の地域医療を支える総合診療医養成プランの研修コースを履修したいので申請します。

北の地域医療を支える 総合診療医養成プラン	チェック	コース名
	<input type="checkbox"/>	総合診療医養成特化コース 〔初期研修プログラム〕
	<input type="checkbox"/>	総合診療医養成特化コース 〔後期研修プログラム〕
	<input type="checkbox"/>	総合診療マインドを持つ専門医養成コース

※選択するコースについて、表中の「チェック」欄に✓印を記入してください。

<input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 後期研修医 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 診療医 ※上記の該当する項目に✓印を記入してください。

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	
生年月日・性別	年 月 日生 男 ・ 女
連 絡 先	電話番号： E-mail：

※大学院生の方は下記の欄を埋めてください。

所 属	
学籍番号	
指導教員	署名又は記名押印
副指導教員	

※ E-mail アドレスは、可能な限り、本学から交付されたものを記載してください。
各種案内通知などに使用します。