



香港家庭醫學學院

The Hong Kong College of Family Physicians

Rooms 803-4, 8/F, HKAM Jockey Club Building, 99 Wong Chuk Hang Road, Aberdeen, Hong Kong

Tel: (852) 2871 8899 Fax: (852) 2866 0616

E-mail: hkcfp@hkcfp.org.hk Website: www.hkcfp.org.hk

香港仔黃竹坑道99號香港醫學專科學院賽馬會大樓8樓803-4室



香港家庭醫學學院 李國棟獎學金

申請表

中文姓名	英文姓名	性別	電話	三個月內近照
地址				
身份証號碼	生日	年齡	全科醫學骨幹（師資）培訓班日期	

日期 由 至	學歷（可另外提供履歷補充） 學校及地址	級 / 學位

日期 由 至	現職及相關工作經驗（可另外提供履歷補充） 請提供現職工作單位證明		
	工作機構	職位	年資



香港家庭醫學學院

The Hong Kong College of Family Physicians

Rooms 803-4, 8/F, HKAM Jockey Club Building, 99 Wong Chuk Hang Road, Aberdeen, Hong Kong

Tel: (852) 2871 8899 Fax: (852) 2866 0616

E-mail: hkcfp@hkcfp.org.hk Website: www.hkcfp.org.hk

香港仔黃竹坑道99號香港醫學專科學院賽馬會大樓8樓803-4室



日期 由 至	相關培訓經驗 (可另外提供履歷補充)	
	培訓機構	證書 (請提供副本)

請另附一篇不多於 800 字的文章描述您的學習目的，在家庭醫學發展上的興趣，對家庭醫學的見解和展望，等等。

第一輪申請：

僅接受完成“全科醫學骨幹(師資)培訓班”(第一至第四期)的在職前線全科醫生/家庭醫生申請。

遞交申請：請將已填妥的申請表，連同履歷證明文件及陳述文，發至郵箱：bpds@hkcfp.org.hk

截止日期： 2016 年 6 月 30 日

聲明

本人，(全名) _____，身份証號碼 _____，謹此聲明：

本申請表內所填報的事項，全部屬實，正確無訛。本人明白若經發現有任何虛假隱瞞的陳述或資料，本獎學金申請資格將被取消，而本人亦應負起一切相關之法律責任。

本人授權香港家庭醫學學院，將本人申請表內提供的學歷/專業資格、工作及培訓經驗等資料，用於獲獎通告，統計審核等相關文件中刊登及公佈。

申請人簽名： _____

申請日期： _____