

INFORMATION REQUEST FORM DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

I would like to receive further information on the: *(please check all those which apply)*
J'aimerais recevoir de plus amples renseignements au sujet du: *(cochez tous vos choix)*

- PRACTICE BASED **SMALL GROUP** LEARNING PROGRAM
 PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EN **PETIT GROUPE** BASÉ SUR LA PRATIQUE
- Forming a small group
 Pour démarrer un petit groupe
- Joining an existing group in my community
 Pour me joindre à un petit groupe dans ma communauté

- PRACTICE BASED **INDIVIDUAL** LEARNING PROGRAM
 PROGRAMME D'APPRENTISSAGE **INDIVIDUEL** BASÉ SUR LA PRATIQUE

(Please print — Veuillez écrire en lettres moulées)

Name/Nom: _____

Address/Adresse: _____

City, Prov., Postal Code
Ville, Prov., Code postal _____

Telephone/Téléphone: _____

Fax/Télécopieur: _____

e-mail/courriel: _____

If you have any questions, please do not hesitate to contact us at 1-800-661-3249 or (905) 525-9140, extension 22219 or by e-mail at **fmpe@mcmaster.ca** or by Fax at 905-540-4988.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous au: 1-800-661-3249 ou au: (905) 525-9140, poste 22219, ou par courriel à: **fmpe@mcmaster.ca**. Ou par télécopieur au 905-540-4988

Our mailing address is:
Notre adresse postale est:

The Foundation for Medical Practice Education
McMaster University
1280 Main Street West, DTC Basement
Hamilton, Ontario L8S 4L8
Canada