

記入日： 月 日

申込者氏名：

2017年 春休み1日医師体験参加申込書

ふりがな								
氏名								
生年月日	19 ____年 ____月 ____日生 (____歳) 20 ____年	性別	男 ・ 女					
高校等	____高校 ____年生 ※4月からの新学年を記入してください。 ____20____年卒 ※既卒の方は卒業年を記入してください。 (例: 2014年卒) 通っている予備校があればお書きください()							
住所	〒 - -							
TEL	- -	携帯	- -					
E-Mail	※英字・数字の見分けがつくようにはっきりと記入してください。 @							
白衣のサイズ	S ・ M ・ L ・ LL		身長 _____ cm					
参加可能な日(予定が空いている日)すべてに○をつけてください								
	3/27(月)	3/28(火)	3/29(水)	3/30(木)	3/31(金)			
	4/3(月)	4/4(火)	4/5(水)	4/6(木)	4/7(金)			
医師体験案内を確認し、なるべく参加可能な日を第3希望までご記入ください。								
第1希望	/	()	_____	病院・診療所				
第2希望	/	()	_____	病院・診療所				
第3希望	/	()	_____	病院・診療所				
現時点での医師志望度(○をつけてください)								
絶対になりたい!			できればになりたい					少し興味がある
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----								
医師を目指そうと考えた動機								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								

※裏面あり

記入日： 月 日

申込者氏名：

要望・医師体験に関する質問等あればお書きください

過去に医師体験に参加したことが

ない ・ ある (施設名：

病院・診療所)

医師体験をどこで知りましたか？

案内の送付

高校・予備校の掲示

神奈川民医連のHP

病院・診療所の掲示

その他のHP()

友人から聞いた

Facebook

その他()

Twitter

神奈川民医連

※注意点※

申込締切：**3月10日（金）**

この日を過ぎてお申し込みをする場合は、神奈川民医連 細谷（ほそや）までお問い合わせください。