

記入日： 月 日

申込者氏名：

2017年 夏休み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 (既卒の場合は卒業した年をご記入ください→) 20 ____ 年卒	通っている予備校 ()	
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			
7月24日(月) 7月25日(火) 7月26日(水) 7月27日(木) 7月28日(金)			
7月31日(月) 8月1日(火) 8月2日(水) 8月3日(木) 8月4日(金)			
8月7日(月) 8月8日(火) 8月9日(水) 8月10日(木) 8月11日(金)			
8月14日(月) 8月15日(火) 8月16日(水) 8月17日(木) 8月18日(金)			
8月21日(月) 8月22日(火) 8月23日(水) 8月24日(木) 8月25日(金)			
案内を確認し、参加可能な日程を第3希望までご記入ください※やむを得ない場合を除き、必ず第3希望まで記入してください			
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！ できればやりたい 少し興味がある			
----- ----- ----- ----- -----			
医師を目指そうと考えた動機			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

※裏面あり

FAX番号：045-320-6374

※両面FAXしてください。または郵送してください。

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？該当する者に☑してください

☐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

☐Twitter

☐その他（ ）

神奈川民医連 1日医師体験申込書

※ 注 意 点 ※

申込締切：7月4日（火）

締切日を過ぎて申込みを希望する場合は、神奈川民医連 細谷（ほそや）までお問い合わせください。