

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(2次)

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・数字の見分けがつかない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20日(木)

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。