

一日医師体験参加申込書 (定員がありますので、できるだけ早めにお申し込みください)

ふりがな 氏 名	男 女	学校名 _____ 高校 _____ 年・卒 予備校名
生年月日	年 月 日生	白衣のサイズ M ・ L ・ LL
現住所 〒 -	携帯電話 - - 電話 (家) - - メールアドレス @	
帰省先 (現住所と同じ場合は不要です) 〒 -	電話 - -	
参加可能な日 (参加可能な日 全てに○をして 下さい)	<b>代々木病院 (最寄り駅 JR 総武線千駄ヶ谷駅)</b> ○代々木病院・・・ 2017 年 12/20 (水)・12/25 (月)・12/27 (水) ※各回定員 6 名まで  <b>東葛病院 (最寄り駅 つくばエクスプレス流山セントラルパーク駅)</b> ○東葛病院・・・12/21 (木) ※各回定員 4 名まで	
実施希望日 (病院に○をし て、日付を記入 して下さい)	第 1 希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日 第 2 希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日 第 3 希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日	
現在考えている進路についていずれかに○をつけてください。 ・医学部進学 ・医学部以外医療関係 ( 学部 ) ・その他 ( 系 ) ・参加希望理由または医学部をめざす理由 ..... ..... ..... .....		
要望及び質問など(聞いてみたいことを記入してください)		