

ふりがな <b>氏名</b> .....	
生年月日 .....	性別 男 ・ 女
学 校 名 : ..... 高校 ..... 年 (在学・卒業) (予備校名 : .....)	
担当の先生 : 担任 ..... 先生 進路指導 ..... 先生	
住 所 : 〒 .....	
電 話 : ..... - ..... - .....	FAX : ..... - ..... - .....
携 帯 : ..... - ..... - .....	(本人・親)
携帯 mail : .....	@ .....
PC mail : .....	@ .....
帰 省 先 : 〒 ..... (現住所と同じなら同上で結構です)	
参加可能な日 全てに○をして下さい。 2015年 7月 21日(火)、7月 23日(木)、7月 28日(火)、7月 30日(木)、8月 4日(火)、8月 6日(木)、 8月 11日(火)、8月 13日(木)、8月 18日(火)、8月 20日(木)、8月 25日(火)、8月 27日(木)	
実施希望日 第一希望... .. 月 .. 日 第二... .. 月 .. 日 第三... .. 月 .. 日	
試 験 期 間 .....	月 .. 日 ( ) ~ .....
休 み 期 間 .....	月 .. 日 ( ) ~ .....
登 校 日 .....	月 .. 日 ( ) ~ .....
白衣サイズ ... LL, L, M, S 希望	身長... .. cm
Q1. この企画を何で知りましたか? A:高校のポスター B:予備校のポスター C:高校の先生の紹介 D:予備校の先生の紹介 E:ホームページ F:その他( )	
Q2. 今までこのような企画の参加経験は? A:ない B:ある( ) 病院	
Q3. 医学部進学希望について A:真剣に考えている B:検討中 C:考えていない	
Q4. 親類に医師はいますか? A:いる <<自分との関係( )>> B:いない	
Q5. 一日医師体験を希望した理由 ..... .....	
Q6. 将来どんな医師になりたいですか?(あなたの医師像を具体的にお書きください。) ..... .....	
Q7. 志望大学 第1志望 ..... 大学 志望理由: .....	
第2志望 ..... 大学 志望理由: .....	
第3志望 ..... 大学 志望理由: .....	

個人情報 を別紙「2015年夏立川相互病院 1日医師体験 要項」に示した目的で利用させていただきます。同意できない場合は、内容を記載してください。

同意する  一部不同意 ( )

連絡先 〒190-8578 東京都立川市錦町 1-16-15 立川相互病院 医局学生担当

電話: 042-525-2898 (電話問い合わせ時間 平日 9:00~17:30) FAX: 042-525-2923