

|  |   |
|--|---|
| ふりがな<br><b>氏名</b>  | 性別 男 ・ 女                                  |
|  | 生年月日(西暦)<br>年 月 日生 歳                      |
| 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) 連絡のつく時間帯: _____   |   |
| 携帯 mail: _____ @ _____   |   |
| PC mail: _____ @ _____   |   |
| ※緊急連絡先(必須) 電話: _____ 本人との関係( _____ )   |   |
| 参加可能な日 全てに○をして下さい。<br>7月23日(火)、25日(木)、30日(火)、8月1日(木)、6日(火)、8日(木)、<br>13日(火)、15日(木)、20日(火)、22日(木)、27日(火)、29日(木) | 実施希望日<br>第一希望 月 日<br>第二希望 月 日<br>第三希望 月 日 |
| 白衣サイズ … S, M, LL, L 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<br>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. 医師志望について 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<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |   |
| 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。)<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                 |   |
| Q7. 志望大学 第1( _____ 大学) 第2( _____ 大学) 第3( _____ 大学)   |   |

個人情報を別紙「2019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 東京都立川市緑町4-1 立川相互病院 医局 学生担当

電話: 080-4066-6097 (電話問い合わせ時間 平日9:00~17:00)

FAX: 042-525-2923