

|  |          |
|--|----------|
| ふりがな<br><b>氏名</b> .....  |          |
| 生年月日 .....   | 性別 男 ・ 女 |
| 学 校 名 : ..... 高校 ..... 年 (在学・卒業)<br>(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)  |          |
| ※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>2016 年 3 月 8 日(火) 3 月 10 日(木) 3 月 15 日(火) 3 月 17 日(木) 3 月 22 日(火)<br>3 月 24 日(木) 3 月 29 日(火) 3 月 31 日(木) 4 月 5 日(火) 4 月 7 日(木) |          |
| 実施希望日<br>第一希望····月····日 第二····月····日 第三····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<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<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>.....   |          |
| Q7. 志望大学<br>第1志望.....大学 志望理由:.....<br>第2志望.....大学 志望理由:.....<br>第3志望.....大学 志望理由:.....   |          |

個人情報を別紙「2016 年春立川相互病院 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