

2013年春 1日医師体験申込書

ふりがな

氏名

生年月日 19 年 月 日生 歳 **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 : ーー FAX: ーー

携帯 : ーー

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。

2013年 3月7日(木)、3月12日(火)、3月14日(木)、3月19日(火)、
3月21日(木)、3月26日(火)、3月28日(木)、4月2日(火)、4月4
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() ~ 月 日()

休み期間 月 日() ~ 月 日()

登校日 月 日() ~ 月 日()

白衣サイズ … L,L, L, M, S 希望 **身長** … cm

Q1. 今までこのような企画の参加経験は? A:ない B:ある() 病院

Q2. 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

Q3. 親類に医師はいますか? A:いる 《自分との関係()》 B:いない

Q4. 一日医師体験を希望した理由

Q5. 将来どんな医師になりたいですか?

Q6. 志望大学

第1志望 大学 学部 志望理由 ;

第2志望 大学 学部 志望理由 ;

第3志望 大学 学部 志望理由 ;

個人情報を別紙「2013年春立川相互病院1日医師体験のご案内」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 医局事務部
電話: 042-525-2898 FAX: 042-525-2923