

2013 年春 1 日医師体験申込書

ふりがな <b>氏名</b>	
生年月日	19.....年.....月.....日生.....歳 <b>性別</b> 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 :	.....
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 ( ) ~ .....
休 み 期 間	.....月.....日 ( ) ~ .....
登 校 日	.....月.....日 ( ) ~ .....
白衣サイズ	..... L L, L, M, S 希望 <b>身長</b> ..... 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