

2013 年夏 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 : 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)	
<p>参加可能な日 全てに○をして下さい。</p> <p>2013 年 7 月 23 日 (火)、7 月 25 日 (木)、7 月 30 日 (火)、8 月 1 日 (木)、 8 月 6 日 (火)、8 月 8 日 (木)、8 月 13 日 (火)、8 月 15 日 (木)、8 月 20 日 (火)、 8 月 22 日 (木)、8 月 27 日 (火)、8 月 29 日 (木)</p> <p>実施希望日 第一希望... .. 月 .. 日 第二... .. 月 .. 日 第三... .. 月 .. 日</p>	
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 ... LL, 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? (あなたの医師像を具体的にお書きください。)	
<p>Q6. 志望大学</p> <p>第1志望..... 大学 志望理由:</p> <p>第2志望..... 大学 志望理由:</p> <p>第3志望..... 大学 志望理由:</p>	

個人情報を別紙「2013 年夏立川相互病院 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