

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 :	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 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)

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:いらない

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。)

Q6. 志望大学

第1志望	大学	志望理由:
------	----	-------

第2志望	大学	志望理由:
------	----	-------

第3志望	大学	志望理由:
------	----	-------

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