

一日医師体験参加申込書 (定員がありますので、できるだけ早めにお申し込みください)

ふりがな 氏 名	男 女	学校名 _____ 高校 _____ 年・卒 予備校名
生年月日	年 月 日生	白衣のサイズ M ・ L ・ LL
参加可能な日 (参加可能な日 全てに○をして 下さい)	代々木病院 (最寄り駅 JR 総武線千駄ヶ谷駅) ○代々木病院・・・2017年7/19(水)、7/20(木)、7/24(月)、7/26(水)、7/27(木)、 7/31(月)、8/2(水)、8/3(木)、8/7(月)、8/9(水)、8/10(木)、8/14(月)、8/16 (水)、8/17(木)、8/21(月)、8/23(水)、8/24(木)、8/28(月)、8/30(水)、8/31 (木)、9/4(月)、9/6(水) ※各回定員6名まで 東葛病院 (最寄り駅 つくばエクスプレス流山セントラルパーク駅) ○東葛病院・・・2017年7/19(水)、7/26(水)、8/2(水)、8/9(水)、8/16(水)、 8/23(水)、8/30(水)、9/6(水) ※各回定員4名まで	
実施希望日 (病院に○をし て、日付を記入 して下さい)	第1希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日 第2希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日 第3希望 代々木病院 ・ 東葛病院 月 日	
現住所 〒 -	携帯電話 - - 電話(家) - - メールアドレス @	
帰省先(現住所と同じ場合は不要です) 〒 -	電話 - -	
現在考えている進路についていずれかに○をつけてください。 ・医学部進学 ・医学部以外医療関係(学部) ・その他(系) ・参加希望理由または医学部をめざす理由		
要望及び質問など(聞いてみたいことを記入してください)		