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			 男	学校名				
				子仅有			古状	tr: tr
氏 名			女				高校	<u> </u>
生年月日	年		日生	白衣のサイズ	` M	• I.	• LL	
現住所 〒	-		P -L		141			
携带電話								
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)								
	C140 m 118	12(),	,		電話	-	_	
'					-211			
 実施希望日	第1希望	代々木	:病院 •	東葛病院	月	日		
(病院に○をし		, , ,) · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·		
て、日付を記入	第2希望	代々木	病院 •	東葛病院	月	日		
して下さい)								
	第3希望	代々木	病院 •	東葛病院	月	日		
代々木病院(最寄り駅 JR総武線千駄ヶ谷駅)								
参加可能な日	○代々木病院・・・3/19 (月)・3/26 (月)・3/28 (水)・3/29 (木)・4/2 (月)							
(参加可能な日	4/4 (水)							
	※各回定員6名まで							
下さい) 東葛病院(最寄り駅 つくばエキスプレス流山セントラルパーク駅)								
	東							
	○ 宋 名 州 院・・・ 3 / 2 2 (小) ・ 3 / 2 9 (小) ・ 4 / 3 (小) ※ 各 回 定 員 6 名 ま で							
	次分型化貝の行まり							
	 ハる進路につ	いていず	れかに〇)をつけてくだる	さい 。			
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)								