

申 込 日	入 力	確 認

※上記は記入しないでください

兵庫民医連 2015 年春「一日医師体験」 参加申込書

ふりがな			
氏 名	男・女（ 歳）		
学 校 名	（新 年生）		
現 住 所	〒 ー 自 宅 電 話 （ ） 携 帯 電 話 （ ）		
希 望 病 院 ・ 診 療 所	第 1 希 望 （ ） 月 日 （ ） 第 2 希 望 （ ） 月 日 （ ） 第 3 希 望 （ ） 月 日 （ ）		
セ ミ ナ ー 参 加 希 望	参加を希望する方は○印を記入してください。 ※セミナーのみの参加も可能です。 ・ 3月28日（土）14：00～16：00 （ ） ・ 4月4日（土）14：00～16：00 （ ）		
白衣のサイズ	S・M・L・LL（当日着て頂きます。希望サイズに○印を記入。）		
参加回数	・ 初めて ・ 2回目以上（ _____病院・診療所で参加）		
一日医師体験を希望した理由、当日聞きたいことなど、記入してください。 （※選考基準になりますので、明確に記入願います。）			

※必ずボールペン等でお書きください。記入もれのないようにお願いします。