

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年夏「一日医師体験」 参加申込書

ふりがな	
氏名	男・女（ 歳）
学校名	（ 年生）
現住所	〒 _____ 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。 ・7月25日（土）14：00～16：00（ _____） ・8月22日（土）10：00～12：00（ _____）
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。