

申込日	入力	確認

※上記は記入しないでください

医学部医学科を目指す人のための
 兵庫民医連 2017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（ ） <small>※当日連絡が取れるもの</small>
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（ ）
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。）
食物アレルギー の有無	有り（具体的に→ ） 無し
参加回数	・初めて ・2回目以上（ _____病院・診療所で参加）
<p>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。）</p>	

※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。