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　2013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	〒　　－ 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。 ４月３日（水）　（　　）
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。