

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
 兵庫県医連 2018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 (_____) 緊急連絡先 (_____ 続柄: _____) <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。