

医師体験・模擬面接 参加申し込み用紙

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	西暦 年 月 日生(歳)
連絡先	〒			
	携帯電話：		電話(家)：	
	E-mail： @			
	※事前日程確認の連絡をいたしますので、連絡先は必ずご記入ください(メールでのご連絡を推奨します)			
学校・予備校名	(年生)、 部活()			
希望進路	()大学、()専門学校、その他()			
白衣のサイズ	M・L・LL (身長： cm) *医師体験参加希望の方のみご記載ください。			
医師体験参加経験	<input type="checkbox"/> 今回参加希望 <input type="checkbox"/> 参加しない	以前に… <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 参加したことがある(年 月に参加) <input type="checkbox"/> 参加したことがない	
医師体験参加希望日	第1希望 月 日 曜日 / 第2希望 月 日 曜日 / いつでもよい			
模擬面接参加経験	<input type="checkbox"/> 今回参加希望 <input type="checkbox"/> 参加しない	以前に… <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 参加したことがある(年 月に参加) <input type="checkbox"/> 参加したことがない	
模擬面接参加希望日	第1希望 月 日 曜日 / 第2希望 月 日 曜日 / いつでもよい			
備考				

医師体験ご希望の方	
① 医師に聞きたいこと	(*当院の医師からの回答を参加当日にお返ししますので、必ずご記入ください)
② 今の気持ちに一番近いものは?	<input type="checkbox"/> 将来必ず医師になりたいと思う <input type="checkbox"/> 医療機関の仕事に興味・関心があるので一度見ておきたい <input type="checkbox"/> 将来の選択肢の一つとして考えている <input type="checkbox"/> その他()
③ 医師体験に求めるものは? 具体的なものでなくてもかまいません。	
④ 医師を目指そうと思った理由、きっかけは?	
⑤ 体験してみたいこと、行ってみたい場所はありますか?	
⑥ 医師体験のことをどこで知りましたか?	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他()
⑦ 現在、興味や関心のあることは何ですか?ジャンルは問いません。	

模擬面接ご希望の方	
① 受験予定の学校名を記載ください。	■第一希望()大学 ■第二希望()大学
② 今回の模擬面接で知りたいこと、獲得したいこと等要望はありますか?	
③ 模擬面接のことをどこで知りましたか?	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他()
④ その他何かございましたらご記入ください。	