

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"/> 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"/> 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 |
| 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、行ってみたい場所がありますか？ |
| 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。 |