薬剤師体験　参加申し込み用紙

申込日：　　年　　月　　日

ふりがな 氏　　名		性別 男　・　女	生年月日	西暦　　年 月　　日生(　　歳)
連絡先	〒 携帯電話： 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）		電話（家）：	
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　・3L　　（身長：　　㎝）			
薬剤師体験 参加経験	□　今回参加希望 □　参加しない	以前に…□　参加したことがある（　　年　　月に参加） □　参加したことがない		
薬剤師体験 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			

アンケート
①　薬剤師に聞きたいこと
②　今の気持ちに一番近いものは？ □将来必ず薬剤師になりたいと思う　　□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 □将来の選択肢の一つとして考えている　　□その他 （　　）
③　薬剤師体験に求めるものは？
④　薬剤師を目指そうと思った理由、きっかけは？
⑤　今後体験してみたいこと、行ってみたい場所はありますか？
⑥　薬剤師体験のことをどこで知りましたか？ □　学校　　□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。