

医師体験・模擬面接 参加申し込み用紙

※灰色部分の記載は不要です。

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：@ <small>※事前に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。受信可能な設定にしておいてください)</small>			
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	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	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			
模擬面接保護者の参加	有・無			

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。

お申込み先：鳥取県民主医療機関連合会 医学生担当者まで

電話：(0857) 29-3598

FAX：(0857) 20-2143

MAIL：igakusei@tori-ren.jp