

9/12(土)佐々木隆史医師：VR医師体験

参加申込書

2020年 月 日

ふりがな 氏名	性別	学校名・学年 高等学校 年生
連絡先(住所)〒	電話番号()	
	パソコンメールアドレス	@
★今の気持ちに一番近いのは？	<input type="checkbox"/> 将来必ず医師になりたいと思う <input type="checkbox"/> 医療関係の仕事に興味・関心がある <input type="checkbox"/> 選択肢の一つとして医師を考えている <input type="checkbox"/> その他 ()	

*お申し込み用紙は、郵送(大津市一里山1-9-15-201)またはFax(077-543-5204)にてご返送ください。

☆今回の学習会をより実りあるものにするためのものです。ご協力お願いします

①この学習会を知った経緯と興味を持たれたきっかけがあったら、教えてください。

②医学部を志望する動機、また、どんな医師・医療従事者になりたいですか？

③和田医師に聞きたいことはありますか？