

2020夏「高校生1日医師体験」申し込み用紙

(VR医師体験希望の方は、「VR」とお書きください。)

アンケートにもお答えください。

2020年 月 日

| | | |
|---|---|-------------------|
| 希望の日をお書きください。 *なるべく第3希望までご記入ください。 *申し込み先が重複した場合、ご希望に添えない場合があります。 | 第1希望 月 日 () | 診療所 |
| | 第2希望 月 日 () | 診療所 |
| | 第3希望 月 日 () | 診療所 |
| 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() メールアドレス @ Line-ID | |
| ★医師体験をするにあたり、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。

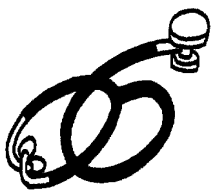
☆今回の体験をより実りあるものにするためのものです。ご協力をお願いします。

①「1日医師体験」で学びたいことは何ですか？



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医師に聞いてみたいことがあればお書きください



ありがとうございました

【個人情報の取り扱いについて】

今回の体験に関する連絡および体験申し入れ診療所での紹介のために利用します。後日アンケートへのご協力・企画のご案内を郵送させていただく場合があります。

本人に承諾なく第三者に提供することはございません。