OSCE 参加申し込み用紙

申込年月日　　２０１２年　　月　　日

大学名・学年	大学　　年
ふりがな	
氏名	
住所	〒 ☎　　（　　）
OSCE での目標を記入してください。	
OSCE で、特に注意したい点はありますか？	
これまでに大学以外で実習をされた事がありますか？	
「はい」を選択された方 ⇒よろしければ、施設名・内容を教えてください。	
今後、こんな企画・実習をしたいという希望がありましたら自由に記入してください。	

＊個人情報は医学生向け情報誌の送付や実習・学習会のご案内のみご利用させて頂きます
不要な方は右記にチェックしてください。　□

※ご質問・ご不明な点がございましたら『滋賀医学生センター』へご連絡ください。

〒520-2153　滋賀県大津市一里山 1-9-15　エミール・キシ 201 号
TEL：077-543-5224　FAX：077-543-5204
E-mail：ms-shiga@shigamin.jp