**医学部医学科をめざす人のための**

**兵庫民医連　2025年「春の一日医師体験」　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  性別（　　　）（　　　歳） |
| 高校名 | （新　　年生） |
| 現住所 | 〒　　　－　自宅電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 携帯電話　（ 　　　　　　　 　　　　）　緊急連絡先　（　　　　　　　　　　　　　　続柄：　）　※当日連絡が取れるもの　調整のため、ご連絡させていただくことがあります |
| 希望病院・診療所 | 第１希望（ 　 　　　）　　　月　　日（　 ）第２希望（ 　 　　　）　　　月　　日（　 ）第３希望（ 　 　　　）　　　月　　日（　 ）※結果については3月上旬ごろ学校に通知します |
| 白衣のサイズ | Ｓ・Ｍ・Ｌ・ＬＬ（当日着て頂きます。希望サイズに○印を記入。） |
| 食物アレルギーの有無 | 有り（具体的に→　　　　　　　　　　　）　　　無し※アレルギー食材は完全除去が難しい事をご理解の上お申し込みください |
| 参加回数 | ・初めての申し込み　・申し込んだが参加できなかった・２回目以上（　　　　　　　病院・診療所で参加） |
| 現在、進路（受験）についてどのように考えていますか？（該当番号に〇）①あくまで医学部をめざす　　　　　　　②医学部と他学部を併願する③医療系（薬学・看護・検査・理療）の学校をめざす |
| 一日医師体験を希望した理由、当日聞きたいことなど記入してください。（※選考基準になりますので、明確に記入願います。）※下記は記入しないでください |

※必ずボールペン等でお書きください。楷書ではっきりと書いてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日 | 入　力 | 確　認 |
|  |  |  |

**＜個人情報の取り扱いについて＞**

申込者の個人情報については、兵庫民医連事務局ならびに受入病院・診療所以外に知らせることはありません。ただし、兵庫民医連事務局及び受入病院から、企画の案内やお知らせ、進路問い合わせなどを、郵便や電話、LINE等でさせて頂くことがあります。ご了承くださいますようお願い致します。