医学部医学科をめざす人のための
兵庫民医連　2026年「夏の医師体験」　参加申込書

ふりがな	
氏　　名	性別（　　）（　　歳）
高 校 名	（　　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7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。希望サイズに〇印を記入。）
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

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。）

※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。

＜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。

※下記は記入しないでください

申込日	入　力	確　認