

送信日： 月 日

FAX番号：026-234-3254

長野中央病院 2024年度 夏の医師体験 参加申込用紙

お手数ですが、下記の必要事項をご記入下さい

ふりがな				高校名/予備校名	学年
氏名					
生年月日	年	月	日	性別	
現住所	〒 —				
自宅電話	—	—		携帯電話	— —
アドレス(携帯)	@				
アドレス(PC)	@				
●表のチラシから希望する日程を第4希望まで選んでご記入ください。					白衣のサイズ (当日は白衣をお貸しします)
・第1希望：	月	日		・第2希望：	月 日
・第3希望：	月	日		・第4希望：	月 日
					M・L

■アンケートにご協力ください

Q1 なぜ医学部・医師を目指そうと思われましたか？

Q2 将来、どんな医師になりたいと思いますか？ どんな医療がしたいですか？

Q3 医師・研修医に聞いてみたいことはありますか？

Q4 現在、奨学金について検討されていますか？あてはまるものがあれば○をしてください。(複数可)

- a. 検討中 → (日本学生支援機構・長野県修学資金・公的病院・長野県民医連・その他)
- b. 未検討 → (必要がない・奨学金についてまだよく分からない)
- c. その他 → (民医連の「奨学金説明会」に参加してみたい・民医連の奨学金の資料が欲しい)

個人情報の扱いについて・・・この申込用紙で得た個人情報については以下の目的において使用します。
①医学科模擬面接の企画運営に際して使用します。②長野中央病院及び当院が加盟する長野県民医連より、各種企画の電話、E-mailによるご案内に使用します。これら以外の目的において使用することはありません。無断で第三者に対して情報を提供することはありません。