

送信日： 月 日 FAX番号：026-234-3254

2024年11月 長野中央病院 医学科模擬面接 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・予備校 | 学年 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 現住所 | 〒 市・町・村・郡 | | |
| 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。
・第1希望： 月 日 ・第2希望： 月 日
・第3希望： 月 日 ・第4希望： 月 日

●受験を予定している出願区分・大学名・受験日・合格発表日をご記入下さい。

| | |
|------------------------------|------------------------|
| 第1志望 推薦・前期・後期 入試： _____大学医学部 | 受験日： 月 日 合格発表日： 月 日 |
| 第2志望 推薦・前期・後期 入試： _____大学医学部 | 受験日： 月 日 合格発表日： 月 日 |
| 第3志望 推薦・前期・後期 入試： _____大学医学部 | 受験日： 月 日 合格発表日： 月 日 |

●面接練習を希望する学校名と面接形式をご記入下さい。
(集団・集団討論は、他の学生さんの申込み状況によってはご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。)

_____大学医学部医学科 (個人・集団・集団討論)

■アンケートにご協力ください

Q1 あなたが医師を目指す理由と、志望大学へ進学したい理由を教えてください。

Q2 要望(帰宅時間、面接形態など)

Q3 模擬面接に参加された方へ合否確認をさせて頂いております。ご都合のよい確認方法を選んで下さい。
a.メール b.電話 c.LINE d.どれでもよい

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、メール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提供することはありません。