|  |  |
| --- | --- |
| 学校名・学年 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　 　　　　　　　 年 |
| ふりがな |  |
| 参加者（生徒）氏名 | （　 男 　・ 　 女 　） |
| 保護者の連絡先**（必ず保護者の方が記入してください。）** | 保護者氏名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　－　　　 |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 受講理由（○または記入してください） | １　医師・医学部をめざしている　　　　　　　　　２　医師という職業に興味がある３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今回の医師体験講座を知ったきっかけは？（○または記入してください） | １　学校からの案内で知った　　　　　　　　　　　２　当院ホームページを見て知った３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**☆　令和元年度　医師体験講座　受講申込書**　**☆**

※　申込者の情報は、医師体験講座のみに使用し、その他の目的に使用することはありません。

また、第三者へ提供することはありません。

ただし、テレビや新聞などの取材が来ることがあります。講座への申込みをされた方につきましては、映像や写真が公開されることを承諾されたものとみなしますので、ご了承ください。

* メールにて抽選結果を連絡しますので、メールアドレスは通常お使いのものを記載してください。