☆　令和元年度　医師体験講座　受講申込書　☆

<table>
<tr><td>学校名・学年</td><td colspan="2">高等学校　　年</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>参加者（生徒）氏名</td><td colspan="2">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者の連絡先

<u>（必ず保護者の方が記入してください。）</u></td><td>保護者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td>〒　　ー</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ</td><td></td></tr>
<tr><td>受講理由
（○または記入してください）</td><td colspan="2">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（　　）</td></tr>
<tr><td>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）</td><td colspan="2">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（　　）</td></tr>
</table>

※　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。
<u>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。</u>

※　<u>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。</u>