

# 高校生 1 日医療体験 参加申込用紙

記入日； 月 日

ふりがな 氏名	男 女	学 校 名		学 年	
体験回数	過去に医療体験をしたことがある人のみ記入をお願いします。 過去の体験回数； 回 体験病院；				
住所 (生年月日)	〒 ( 年 月 日生) TEL				
希望体験日	第1希望； 月 日 第2希望； 月 日 どちらでもよい (*どちらでもよい人は○印をお願いします。)				
体験病院 第1希望				職 種	
体験病院 第2希望				職 種	
白衣のサイズ	S ・ M ・ L ・ LL			身 長	cm
<u>1日体験でやりたいこと</u>  					
<u>質問など</u>  					