自治医科大学「高校生医師体験セミナー」参加申込書　　（HP用）

氏名		ふりがな	
年齢		性別	
住所	〒　　－		
電話番号		FAX	
メール			
高校名		学年	
希望日	①　7月31日（木）～8月1日（金）　　②　8月7日（木）～8日（金） どちらかの日付に○印をつけてください。 但し、希望日になるとは限りませんのでご了承ください。		

テーマ「どんな医師が患者にとっていい医師か 」

※ 上記テーマについて、あなたが思うことを400字以内（横書き）で自由に記すこと。

［送付先］自治医科大学 学事課入試広報係 （担当）佐藤
（FAX）　0285－44－3625
（e-mail）　ishitaiken@jichi.ac.jp