

※以下に記載をお願いします

(0) 申し込み日・説明会参加日

年	月	日
---	---	---

(1) 氏名

フリガナ	
氏名	

(2) 生年月日・年齢・性別

年	月	日	歳	男・女
---	---	---	---	-----

(3) 大学・学年 ※現在在学中の医学部医学科、あるいは進学が決まっている医学部医学科を記載してください

大学名	学年
-----	----

(4) 高校名・予備校名

高校・予備校	学年
--------	----

(5) 現住所

〒

(6) 帰省先・出身

〒

(7) 携帯電話番号

--

(8) メールアドレス

--

(9) お問い合わせ内容

<input type="checkbox"/> 資料請求
<input type="checkbox"/> 説明会希望(下記希望日に記載をお願いします)
<input type="checkbox"/> その他

(10) 説明会希望日

第1希望	月	日	午前・午後
第2希望	月	日	午前・午後
第3希望	月	日	午前・午後

(11) 民医連に加盟する病院での「医師体験」など(模擬面接やボランティアなど)の参加の有無

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合は右に病院名)	病院
--	----

(12) この奨学金制度を知ったきっかけを教えてください※複数可

<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ポスター等 <input type="checkbox"/> 民医連に加盟する病院からの郵送物等 <input type="checkbox"/> その他:

ありがとうございました。

個人情報保護法対応方針:本フォームに記載いただいた個人情報については下記の目的に限って使用するものであり、他の目的には使用いたしません。また、記載いただいた個人情報は東京民主医療機関連合会が責任をもって管理いたします。

目的:奨学金制度への問い合わせの対応、東京民医連からの医学生向けの情報誌の発送、医療現場体験や企画等のご案内