新東京病院　「Web病院説明会」申込書

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年 　 月 　 日 |
| 氏名 |  | 性別 | □男 ・ □女 |
| 現住所 | 〒 |
| 電話 |  | E-mail |  |
| 大学名・学年 | 大学　　　　　　　　学年 |
| 興味のある診療科 |  |
| 当院を何で知りましたか |  |
| 説明会参加希望日 |  |
| 応募の動機　※400字以上で、「医師になろうと思ったきっかけ」「当院を選んだ理由」を具体的に記入。 |
|  |
| その他問合せ |  |

※頂いた個人情報は、本件及び関係する事項にのみ使用し、他の目的には使用しません。