医療生協わたり病院（FAX024-521-1979）行

【面接教室申込書】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男  女 |
| 学校名 | 高校　　　年　　　組　　所属クラブ（　　　　　　　） | |
| 保護者名 | 保護者職業（　　　　　　　　） | |
| 連絡先  〒　　　　　　-  自宅電話番号（　　　　　　　　　　　　）携帯電話番号（　　　　　　　　　　　　　）  E-Mail（　　　　　　　　　 　　 ） | | |
| 受　験  予定校 | 志望する学部学科等に○印をつけてください  １．医大／医学部　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ①（　　　　　　　　　　　　　）　推薦・一般　日程（　　　　　　　　　）  ②（　　　　　　　　　　　　　）　推薦・一般　日程（　　　　　　　　　）  ③（　　　　　　　　　　　　　）　推薦・一般　日程（　　　　　　　　　）  ④（　　　　　　　　　　　　　）　推薦・一般　日程（　　　　　　　　　）  ⑤（　　　　　　　　　　　　　）　推薦・一般　日程（　　　　　　　　　） | |
| 要望事項など | 進路・受験について相談したいことがございましたらご記入ください。 | |
| 参加方法 | 現地　　・　　オンライン  ※ご希望の参加方法に○をつけてください。  ※オンラインの場合はメールアドレスの記入をお願いします。 | |

福島県民医連では、医学生には奨学金を貸与しています。

面接教室終了後に奨学金説明会を実施します。（45分程度）

奨学金説明会に参加について　　1.参加する　　　2.参加しない　（どちらかに〇をつけてください。）

※10月27日（水）15時までに郵送またはＦＡＸにてお申し込み下さい。

〒960-8141福島市渡利字中江町34　医療生協わたり病院　医局事務課内　高校生面接教室　係

FAX　０２４－５２１－１９７９（番号のお間違いがないようお気をつけください。）