2017年　模擬グループディスカッション申込書（兼・模擬願書）

ふりがな	
氏　名	
西暦　　年　　月　　日生（満　　歳）	性別　男　・　女
学校名　　高校・予備校　　年生	
ふりがな 現住所　〒　　-	
TEL	
携帯電話	
E-mail	

開催日程・時間を再度ご確認ください。

11 月11日
（土）
10：00
～12：30

当日の詳細につきメールにてご連絡をさせていただきますので、ご記入下さいますようお願いいたします。
※携帯電話メールアドレスの方は、PCメール受付設定をお

●志望する職種（いずれかに✔）
□医師　　□看護師（または保健師・助産師）

●上記職種を志望する理由を記入して下さい。

●志望校および志望学部・学科・コース等

第一志望：
第二志望：
第三志望：

●第一志望の学校について、志望理由を記入して下さい。

以下、アンケートにご協力ください。
（1）これまでに、病院での職業体験や学習会に参加したことがありますか？
　□はじめて　□参加したことがある（病院名：　　）（内容：　　）
（2）どちらでこの模擬グループディスカッションを知りましたか？
　□高校　□予備校　□ホームページ　□東京保健生協の病院・診療所
　□知人からの紹介　□その他（　　）

【申込書送付先】※**10月31日（火）必着**
●**郵送宛先**：〒112-0012　東京都文京区大塚4-3-8　東京保健生活協同組合　看護学生室
●**FAX宛先**：03-3947-7400　　●**メール宛先**：tk-kangakusei@thoken.or.jp
★申込者へ個別にご連絡します。ご応募多数につきご案内ができない場合にもその旨ご連絡いたします。11月5日時点で何も連絡がない場合は、お名前と学校名を添え、メールにてお問い合わせください。

東京保健生活協同組合