**横浜薬科大学 OSCE標準模擬患者 申込書**

申込日　　　　　　　年　　月　　日

お名前 　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日　　　　年　　月　　日

ご職業
ご住所(〒　　　　　　　)

TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(日中連絡のつく番号)

FAX

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ
自宅最寄駅 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 □徒歩

以下、あてはまるところに☑を入れてください。

応募のきっかけをお教えください。

 □ 過去に応募または標準模擬患者として協力したことがある。

 □ 紹介 ⇒ 紹介者名

□ その他

本学以外でのSPのご経験はありますか？（必ずご申告をお願いします。）

 □ ない　□ ある ⇒ (所属団体名や大学　　　　　　　　　　　　　 )

本学あるいは他大学薬学生の保護者（親戚）ではありませんか?

（必ずご申告をお願いします。）

 □ 薬学生の保護者(親戚)ではありません。

 □ 現在、薬学生の保護者(親戚)です ⇒ お問い合わせください。

　□ 今年は応募できないが、標準模擬患者に登録したい。

その他、ご要望等があればお書き下さい。

FAX送信先(送信票などは不要です　 FAX 045-859-1301

※10日程度で受付通知書、あるいは講習会案内資料をお送りいたします。