

横浜薬科大学 OSCE 標準模擬患者 申込書

申込日: 年 月 日

(ふりがな)

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

ご職業 _____

ご住所 (〒 -) _____

TEL _____ (日中連絡のつく電話番号)

FAX _____ (お持ちの場合は番号を記入ください)

メールアドレス _____

自宅最寄駅 _____ (交通機関名) 徒歩

以下、あてはまるところに を入れてください。

応募のきっかけをお教えてください。

- 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 ⇒ (所属団体名や大学名: _____)

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いたします)

- 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。