

# 東京薬科大学模擬患者研究会

## SP 参加エントリーシート

ふりがな			
お氏名		男 ・ 女	
生年月日	(西暦) 年 月 日	満 歳	
ご連絡先	住所	〒	
	TEL		
	電子メール		
お仕事等	仕事収入 該当に○	あり ・ なし	
	勤務地 該当に○	都内・区内・_____市内 (等)	
	(元)業種 該当全てに○	退職・パート等・会社員・教員・その他 医療関係 (医師・看護師・薬剤師・ ( ) )	
SP 参加の動機 該当の番号に○	1. 本学 SP 研究会既会員の紹介 (紹介者のお名前; ) 2. パンフレット・HP・会報などの募集から (具体的に; ) 3. 本学関係者からの紹介 (紹介者のお名前; )		
本学への交通手段 該当全てに○	徒歩 ・ バス ・ 自家用車 (自動車ナンバー; 本学に事前登録 _____ )		
ボランティア経験 該当に○や記入	経験 あり ・ なし 具体的なボランティア活動 ( )		
SP 参加の理由 該当全てに○	1. ボランティア活動、2. 大学の教育に参加、3. 自身の経験を伝えたい、 4. 若い世代との交流、5. 副収入を得たい、6. 自身の向上、7. 仲間作り 8. 仲間とのコミュニケーション、9. 大学の利用、10. 趣味作り		
本学との関連 該当全てに○	1. 本学ご近所、2. 卒業生、3. 本学学生父母、4. 本学職員、5. 本学元教員		
親族 (3 親等以内) の薬学部所属状況	なし・当校・他大学 ( _____ 大学、今年度 _____ 年次生/ _____ 年卒業)		
医療への意見等			
備考 (ご質問など)			

記載された個人情報は本会の活動目的以外には使用されません。

運営責任者記載

紹介者	受付日 年 月 日	受理日 年 月 日	責任者印	区分		
				一般ご近所	学生父母	卒業生
				—	—	