

참 가 신 청 서

재단법인 용인시청소년미래재단 용인미래교육센터에서 개최하는
「지역과 함께 성장하는 맛SUN '다보스병원 메디포유'」
프로그램에 다음과 같이 참가를 희망합니다.

1. 신청자 정보

학교명		학년 / 반	
이름		성별	☐ 남 ☐ 여
휴대폰 번호		참여일	☐ 1월 8일 ☐ 1월 29일
희망 직업 체험	의사 / 간호사 / 임상병리사 / 약사 물리치료사 / 방사선사	1순위 :	
		2순위 :	
		3순위 :	
- 순위별 추천을 통해 희망 직업 선정됩니다. - 희망 직업 이외 다른 직업 체험 진행될 수 있음 (순위 내 선정 안될 경우)			
담당 선생님 성명		담당 선생님 핸드폰 번호	
참여하고 싶은 이유			
멘토에 질문하고 싶은 내용	※ 프로그램 운영 시 해당 질문에 대해 병원측에서 직접 답변할 예정입니다.		

2.보호자 정보

보호자 이름	연락처	특이사항 등 고지내용

- 위의 프로그램에 참여하는 것에 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

년 월 일

신청학생 이름 : _____ (서명)

담당교사 이름 : _____ (서명)

재단법인 용인시청소년미래재단 이사장 귀하