

# 第35回「心に残る医療」体験記コンクール

表紙

※作品に添付して郵送して下さい。

応募部門	の部		
題名			
ふりがな			
氏名	〒		
住所			
生年月日 (年齢)	西暦	年	月 日 ( 歳)
学校名(学年) 職業・	( 年 )		
電話 / FAX			

アンケート 本コンクールをどこでお知りになりましたか

(複数回答可)

- |                                     |  |                                  |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 読売新聞紙上を見て  | <input type="checkbox"/> ヨミウリオンラインのイベントページから | <input type="checkbox"/> 病院で見て   |
| <input type="checkbox"/> ヨミドクターを見て  | <input type="checkbox"/> チラシ・ポスターを見て         | <input type="checkbox"/> 雑誌や本を見て |
| <input type="checkbox"/> 医療関係者から聞いて | <input type="checkbox"/> 知り合いから聞いて           | <input type="checkbox"/> 検索サイトから |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    | ( )  |                                  |