



(氏名: )

|           |
|-----------|
| 当院を志望した動機 |
|           |
|           |
|           |
|           |
|           |
|           |
|           |
|           |

|      |
|------|
| 自己PR |
|      |
|      |
|      |
|      |
|      |
|      |
|      |
|      |
|      |

|                |      |               |          |
|----------------|------|---------------|----------|
| 趣味・特技・ボランティア活動 | 健康状態 | 見学日(見学された方のみ) |          |
|                |      | 年 月 日         |          |
|                |      | 年 月 日         |          |
|                |      | 扶養家族数(配偶者を除く) |          |
|                |      | 人             |          |
|                |      | 配偶者           | 配偶者の扶養義務 |
|                |      | 有・無           | 有・無      |

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 本人の希望記入欄(興味のある診療科等) | 面接希望日           |
|                     | できるだけ複数記入してください |
|                     | 木曜日に実施します       |
|                     | 第1希望: 月 日(木)    |
|                     | 第2希望: 月 日(木)    |
|                     | 第3希望: 月 日(木)    |
|                     | その他の曜日希望の場合     |
| 第 希望: 月 日( )        |                 |
| 第 希望: 月 日( )        |                 |