

【新卒者用】

面接票

| | | | | | |
|-----|--|------|--|----|-----------|
| 面接日 | | 受験番号 | | 職種 | 看護師 ・ 助産師 |
|-----|--|------|--|----|-----------|

| | | | |
|---------------------------|--|------|------------|
| 氏名 <small>ふりがな</small> | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
|---------------------------|--|------|------------|

| 1. 学校の過程で関心を持って取り組んだこと・取り組んでいること | | |
|---|----------|-----------------------|
| 内容 | 関心を持った理由 | 学んだこと・得られたこと |
| | | |
| 2. 社会体験、その他の活動（サークル、ボランティア活動、アルバイト、留学等） | | |
| 期間 | 内容 | 学んだこと・果たした役割・貢献したことなど |
| | | |
| 3. 生かしたい自分の強み | | |
| | | |
| 4. 自分の弱みと弱みを克服するために努力していること | | |
| | | |

【新卒者用】

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|-----------------------|
| <p>5. 健康状態</p> <p>1) 既往歴 : 無 ・ 有 ()</p> <p>2) 現在、通院もしくは継続している疾患 ()</p> <p>3) 常用している薬剤 (例: 頭痛時ハッファリン錠) ()</p> <p>4) 予防接種 ※陽性:抗体有、陰性:抗体無</p> <p style="margin-left: 40px;"> <u>風疹</u> (陽性 ・ 陰性 ・ 不明) <u>水痘</u> (陽性 ・ 陰性 ・ 不明) <u>麻疹</u> (陽性 ・ 陰性 ・ 不明) <u>流行性耳下腺炎</u> (陽性 ・ 陰性 ・ 不明) </p> | | | | | |
| <p>6. 主な診療科の希望</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>1) 希望領域に○を記入(複数選択可)</p> <p>() 内科領域</p> <p>() 外科領域</p> <p>() 小児・母性領域</p> <p>() クリティカル領域(※手術部含)</p> <p>() 精神科領域</p> <p>() 歯・口腔領域</p> <p>() どの領域でも可</p> </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>2) 主な希望領域における詳細 (※重複は不可)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>3) できるだけ避けたい領域</p> </td> </tr> </table> | | | <p>1) 希望領域に○を記入(複数選択可)</p> <p>() 内科領域</p> <p>() 外科領域</p> <p>() 小児・母性領域</p> <p>() クリティカル領域(※手術部含)</p> <p>() 精神科領域</p> <p>() 歯・口腔領域</p> <p>() どの領域でも可</p> | <p>2) 主な希望領域における詳細 (※重複は不可)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> | <p>3) できるだけ避けたい領域</p> |
| <p>1) 希望領域に○を記入(複数選択可)</p> <p>() 内科領域</p> <p>() 外科領域</p> <p>() 小児・母性領域</p> <p>() クリティカル領域(※手術部含)</p> <p>() 精神科領域</p> <p>() 歯・口腔領域</p> <p>() どの領域でも可</p> | <p>2) 主な希望領域における詳細 (※重複は不可)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> | <p>3) できるだけ避けたい領域</p> | | | |
| <p>7. 併願等の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 就職: []</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 進学: 助産 ・ 保健 ・ 養護教諭 ・ その他</p> | | | | | |
| <p>8. 宿舎の入居希望</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> | | <p>現在の住居</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 宿舎・寮</p> <p><input type="checkbox"/> 借家(アパート、マンション) <input type="checkbox"/> その他</p> | | | |
| <p>9. あなたは下記に参加しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 当院インターンシップ <input type="checkbox"/> 当院の病院説明会 <input type="checkbox"/> 企業主催の病院説明会 (当院)</p> <p><input type="checkbox"/> 参加していない</p> | | | | | |
| <p>実家等 連絡先</p> | <p>ご家族氏名</p> <hr/> <p>住 所</p> | <p>(〒)</p> <p style="text-align: right;">☎</p> | | | |