

【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;"><b>☎</b></p>			