

エントリーシート

西暦 年 月 日現在

ふりがな ----- 氏名		写真を貼る位置 1. 縦4cm×横3cm 2. 単身胸から上 3. 裏面にのりづけ 4. 裏面に氏名記入
生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)	男 ・ 女	
携帯電話番号	メールアドレス	
ふりがな ----- 現住所 〒		
電話番号		
ふりがな ----- ※結果通知書 〒 送付先		電話番号

※結果通知書は郵送いたします。送付先が現住所と異なる場合のみご記入ください。

学歴	学校名	区分	在学期間
	高等学校	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中途退学	年 月から 年 月まで
		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中途退学	年 月から 年 月まで
		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中途退学	年 月から 年 月まで
		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中途退学	年 月から 年 月まで
職歴	勤務先名	職種・職務内容	在職期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

免許・資格	内容	区分	取得年月日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	年 月 日

志望動機	
自己PR	

通勤時間 (時間 分)	扶養家族 (配偶者除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
通勤手段 (徒歩・公共交通機関・自家用車・バイク)	人	有 ・ 無	有 ・ 無

虹が丘病院の採用試験の受験を申し込みます。

試験希望日： () 8月8日(木) ・ () 8月22日(木)

※いずれかの試験日に○をつけてください。

氏名 _____ 印

アンケートにご協力をお願いします。当院を選んだきっかけに☑をしてください。(複数選択可)

施設の雰囲気が良かった
 就職説明会での雰囲気が良かった
 研修制度が充実していると感じた
 知人・友人の紹介
 実習病院だったから
 その他 ()