

事前調査

令和元年 11 月 吉日
看護部

下記の各項目について、ご記入ください。

ふりがな	性別 □男 □女	生年月日		
氏名		昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	

【令和2年3月末までの連絡先】 ※資料等を送付する際に、使用させていただく場合がございます。

住所 (〒 —)

◆引っ越し可能性がある場合は、下記の欄に、引っ越し先の住所の記載をお願いいたします。

連絡先 自宅：☎ (—) ※連絡先に変更があった場合は、速やかにご連絡ください。

携帯：☎ — —

【宿舎の入居について】

看護師宿舎 (独身女性) ⇒ 希望する 希望しない

職員宿舎 (男性・世帯者) ⇒ 希望する 希望しない



◆質問・要望があれば、お書きください。(ユニフォーム・宿舎・給与 etc…)

【送付先】 〒791-0295



愛媛県東温市志津川
愛媛大学医学部附属病院 看護部管理室
☎(089)960-5753

令和元年 12 月 20 日 (金) **必着**