

# 事前調査

令和3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 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 生年月日     |   |   |
| 氏名   |    |  | 昭和<br>平成 | 年 | 月 |
| <b>【令和4年3月末までの連絡先】</b> ※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<br>現住所（〒            —            ）<br><b>◆ 転居する可能性がある場合、下記に転居先住所を記入してください</b><br><br>（転居先・帰省先）<br>〒            —<br><br>連絡先 自宅：（            ）            —            —<br>携帯：            —            —<br><br>※連絡先に変更があった場合、速やかにご連絡ください |    |  |          |   |   |
| <b>【宿舎の入居について】</b><br>看護師宿舎（独身女性）            ⇒ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br>職員宿舎（男性・世帯者）       ⇒ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない   |    |  |          |   |   |
| ◆質問・要望があれば、ご記入ください。（ユニホームサイズ変更・宿舎・給与など）<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>  |    |  |          |   |   |

**【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  
TEL：089-960-5753

令和3年12月17日（金） 必着