

--

事前調査表

参考にしますので下記アンケートにご協力ください。(枠内に記入, 該当する□にチェックを入れてください。)

1. 氏名、住所、電話番号を記載してください。

ふりがな		郷里の 連絡先	〒	TEL	
氏名					

2. 募集区分を記載してください。

- ①新規卒業者等 ②既卒者等

※区分の詳細は募集要項をご確認ください。

3. 採用試験希望日を記載してください。

- 7月1日(土) 7月2日(日) どちらでもよい

※希望日を優先しますが, 応募者多数の場合は調整させていただきますので, ご了承ください。

4. 進学について

進学の予定 有 無

有の場合 (保健師学校 助産師学校 大学院 その他 ())

5. 他施設の受験について

他施設の受験 有 無

施設名	内定の有無
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定

6. 看護師宿舎及び宿舎入居希望の有無

有 無

7. 奨学金等の貸与について

何処から		返済期限	年度まで
------	--	------	------

8. この病院に応募した理由(複数回答可能)

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅が近いから | <input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介 | <input type="checkbox"/> 大学病院だから | <input type="checkbox"/> 教育体制 |
| <input type="checkbox"/> 多様な勤務体制 | <input type="checkbox"/> 保育所がある | <input type="checkbox"/> 看護師宿舎がある | <input type="checkbox"/> ユニフォームが良い |
| <input type="checkbox"/> 先輩がいる | <input type="checkbox"/> 建物がきれい | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

ご回答いただき、ありがとうございました。