**事前面接票**

|  |  |
| --- | --- |
| 面接希望領域： | 面接日：　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　　名 | | | | | | 〈　男　　女　〉（　　　　歳） | | |
| 連 絡 先 | | 郵便番号 | 〒 | | | | | |
| 住　　 所 | E-mail：　　　　　　　@ | | | | | |
| 電　　 話 |  | | | | | |
| 学　歴  （概要） | | (西暦) 年 月 日 | 高等学校卒業 | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 職　歴  （概要） | | 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 年月日 |  | | | | | |
| 有する資格に○をつけ、実務経験年数をご記入ください。 | | | | | | | | |
| ○ | 看護師　　　　年 | | | ○ | 保健師　　　　年 | | ○ | 助産師　　　　年 |
| 専門看護師の希望 | | | | 有（領域：　　　　　　　　　　　　）・　　無 | | | | |
| ※特記事項 | | | | | | | | |

＊この面接票に係る個人情報は、事前面接業務にのみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

＊この面接票は事前面接終了後、出願書類と一緒に提出してください。

※印欄は記入しないでください。