

模擬面接申込書・面接調書

汐田総合病院 模擬面接用

年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
氏名	(満 才)			

高校名 (年生)

現住所 〒

電話番号 () 携帯番号 ()

メールアドレス

趣味…

特技…

自己の性格、PR…

看護師志望の動機…

最近の関心ごと…

志望校 第一志望… (AO入試・公募推薦・指定校推薦・一般)

第二志望… (AO入試・公募推薦・指定校推薦・一般)

第三志望… (AO入試・公募推薦・指定校推薦・一般)

日程希望日	都合の悪い日程に×をしてください							希望時間	都合の悪い時間帯に×をしてください			
	9/28 (水) PM	9/29 (木) PM	9/30 (金) PM	10/1 (土) AM	10/3 (月) PM	10/4 (火) PM	10/8 (土) AM		16:00~	17:20~	9:20~	10:40~
								16:40~	18:00~	10:00~	11:20~	

郵送: 〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 汐田総合病院 師長室 看護学生担当行

FAX: 045-574-1097

* 他の希望者との調整をして、こちらからご連絡いたします。* **申し込み締切り 各日程の一週間前**