

【既卒者】  
東京北医療センター 確認事項用紙

氏名 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

1. 採用試験希望日

第1希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      第2希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 希望診療科

第1希望 \_\_\_\_\_      第2希望 \_\_\_\_\_

3. 勤務開始希望時期

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

4. 病院見学への参加有無

有 ・ 無      有の場合 →      年      月

5. ユニフォームサイズ(該当箇所に○を記入ください)

S ・ M ・ L ・ 2L ・ EL

6. 股下サイズ

\_\_\_\_\_ cm

7. 靴のサイズ

\_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ cm

8. 入寮希望(該当箇所に○を記入ください)

有 ・ 無

9. 保育園利用希望

(該当箇所に○を記入ください)

有 ・ 無

※非常勤職員希望者のみ記載

・希望日数 \_\_\_\_\_ 日/週

・休み希望 \_\_\_\_\_ 曜日

・希望勤務時間 \_\_\_\_\_