

【新卒者】

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. 病院見学への参加有無(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無 有の場合→ 年 月

4. インターンシップへの参加有無(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無 有の場合→ 年 月

5. ユニフォームサイズ(該当箇所に○をご記入ください)

S ・ M ・ L ・ 2L ・ EL

6. 股下サイズ

_____ cm

6. 靴のサイズ

_____ . _____ cm

7. 入寮希望(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無

8. 保育園利用希望

(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無