

【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

第3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 _____ 日

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 _____ 日

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 ELの場合 → (W B H)
(スリーサイズをご記入ください)

6. 靴のサイズ

_____ cm

7. 股下サイズ

_____ cm

8. 入寮希望(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無

9. 保育園利用希望

(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無