

**面 接 調 書**  
(リハビリテーション部・理学療法士)

宮崎大学医学部附属病院

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
氏 名		(年齢)		(満	歳)	
現 住 所	〒			電話		
不在時の 連 絡 先	〒			電話		
1. 志 望 の 理 由						
2. あなたが本院で 貢献できること						
3. 文化・スポーツ・ ボランティア活動内容						
4. 自分をPRして ください (性格・特技等)						