

面 接 調 書  
(リハビリテーション部・言語聴覚士)

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<br>平成 | 年  | 月  | 日生 |
| 氏 名                                   |   | (年齢) |          | (満 | 歳) |    |
| 現 住 所                                 | 〒 |      |          | 電話 |    |    |
| 不在時の<br>連 絡 先                         | 〒 |      |          | 電話 |    |    |
| 1. 志 望 の 理 由                          |   |      |          |    |    |    |
| 2. あなたが本院で<br>貢献できること                 |   |      |          |    |    |    |
| 3. 文化・スポーツ・<br>ボランティア活動内容             |   |      |          |    |    |    |
| 4. 自分を P R し<br>て<br>ください<br>(性格・特技等) |   |      |          |    |    |    |