

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 (年齢)	昭和 平成 (満 歳)	年 月 日生
氏 名					
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 P R して ください (性格・特技等)					