

面 接 調 書

(リハビリテーション部)

宮崎大学医学部附属病院

2019 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. 希望する職種	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士			
2. 志 望 の 理 由				
3. あなたが本院で 貢献できること				
4. 文化・スポーツ・ ボランティア活動内容				
5. 自分をPRして ください (性格・特技等)				