

面 接 調 書
(臨床研究支援センター ・ 薬剤師)

宮崎大学医学部附属病院

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. 本学志望の理由				
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)				