**《特別企画》新病院見学付!!　就職説明会　　申込み用フォーマット**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【参加希望日】  ※選択してください | **H29年11月18日（土）　　　　　　　H29年12月9日（土）** | | |
| 【該当する物を選択してください】 | **既卒看護師（有資格者）　　　　　介護福祉士　　　　　看護補助者** | | |
| 【氏名】 |  | | |
| 【氏名ふりがな】 |  | | |
| 【生年月日】 |  | 【年齢】 |  |
| 【郵便番号】 |  | 【性別】 | **女　　　　男** |
| 【ご住所】  ※マンション名もご入力ください。 |  | | |
| 【携帯電話番号】 |  | | |
| 【メールアドレス】 | **＠** | | |
| 【当日の来院方法】 | **自家用車（送迎あり・なし） ・ 電車 ・ バス ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他（　 　　　　　）** | | |
| **既卒看護師の方のみお答えください** | | | |
| 【（卒業）学校名】 |  | | |
| 【卒業（見込み）年】 |  | 【経験年数】 |  |
| **介護福祉士・看護補助者　希望の方のみお答えください** | | | |
| 【介護福祉士資格の有無】 | 有　　　　無 | | |
| 【施設・病院等での勤務経験の有無】 | 有　　　　無 | 【経験年数】 |  |