

【既卒者】
東京北医療センター 確認事項用紙

氏名 _____

携帯電話番号 _____

メールアドレス _____

1. 採用試験希望日

第1希望 _____年 _____月 _____日

第2希望 _____年 _____月 _____日

第3希望 _____年 _____月 _____日

2. 希望診療科

第1希望 _____

第2希望 _____

3. 勤務開始希望時期

_____年 _____月

4. 病院見学への参加有無(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無

有の場合 → _____年 _____月 _____日

5. ユニフォームサイズ(該当箇所に○をご記入ください)

S ・ M ・ L ・ 2L ・ EL

ELの場合 → (W _____ B _____ H _____)
(スリーサイズをご記入ください)

6. 靴のサイズ

_____ cm

7. 股下サイズ

_____ cm

8. 入寮希望(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無

9. 保育園利用希望

(該当箇所に○をご記入ください)

有 ・ 無

※非常勤職員希望者のみ記載

・希望日数 _____ 日/週

・休み希望 _____ 曜日

・希望勤務時間 _____