**選考試験エントリーシート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名カナ | （　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　月　　日生（満　　歳） |

【当病院を知ったきっかけ】

|  |
| --- |
|  |

【当病院を志望する理由】

|  |
| --- |
|  |

【他の受験先（病院・施設など）はありますか】

* あります　　　□　ありません

【就職先を選ぶ上で重視する条件を、順位をつけて記入してください】

|  |
| --- |
| ①（　　　　　　　　）②（　　　　　　　　　）③（　　　　　　　　　） |

【希望する選考試験日】（○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　年　　　月　 　日（ ） |
|  | 　年　 　 月　 　日（　 ） |
|  | 　　　年　　　月　　　日（　　） |

エントリー受付終了後、選考試験の詳細について郵送いたします。

　　　　　【書類提出先・連絡先】

　　　　　　　　　〒０４７－００３２　小樽市稲穂１丁目４番１号　小樽掖済会病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護部　　北野由紀

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０１３４-２４－０３２５