

# 新規採用者面接質問表

処理番号	
記入日	令和 年 月 日

記入できる範囲で構いませんのでご記入ください。宜しくお願い致します。

氏名（ふりがな）	（ ）		
生年月日	昭和・平成	年 月	日生（満 歳）
主な交通手段	電車・バス・自動車・バイク	通勤時間	分
希望条件	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		

<p>・医療機関での勤務の経験はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい（職種： ） <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>・現在の健康状態はどうか？持病はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>悪い（ ）</p>
<p>・外部の研修・セミナーへ参加ができますか？</p> <p><input type="checkbox"/>大丈夫です <input type="checkbox"/>仕方がない <input type="checkbox"/>困る <input type="checkbox"/>わからない</p>
<p>・当院は、医療機関のため定時に終了しないこともありますが大丈夫ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>大丈夫です <input type="checkbox"/>仕方がない <input type="checkbox"/>困る <input type="checkbox"/>わからない</p>
<p>・チームでの協力やコミュニケーションについて、どのように考えていますか？</p> <p> </p> <p> </p>
<p>・自己評価をお願い致します。強みと改善が必要だと思える点について教えてください。</p> <p> </p> <p> </p>
<p>・今までの人生で、最も頑張ったこと、やり切ったことはどんなことですか？</p> <p> </p> <p> </p>
<p>・何か質問などありましたら、お書きください。</p> <p> </p> <p> </p>

ありがとうございました。