

立川病院 採用試験アンケート 経験者用
直筆でご記入下さい。

記入日 年 月 日

フリガナ
お名前

以下の質問についてあてはまるものを□または、○で囲んで下さい。

1.入職希望時期 (西暦でご記入ください。) 年 月 頃

2.現状の業務状況を教えてください。

現在の雇用形態		常勤		非常勤		派遣		その他 ()
勤務形態		日勤のみ		夜勤のみ		2交代 (回)		3交代 (回)

3.経験、技術情報

化学療法		可能	人工呼吸器管理		可能						
		自信がない			自信がない						
内視鏡		内視鏡介助ができる	電子カルテ		入力できる						
		洗浄・器具取扱いができる			できない						
ラダー評価	I	・	II	・	III	・	IV	・	管理	・	該当なし

4.健康状況に関して差支えない範囲で教えてください。

働くうえで、健康に関して心配な事、配慮が必要な事がありますか 無 / 有
有の方は、内容を教えてください。

例) 現在治療中の疾患や持病/過去の重大な手術や入院歴/現在服薬中の薬剤

5.併願の予定はありますか 可能な限り教えてください。 無 / 有

	病院名	合否判定時期
①		
②		

6.当院の応募にあたり役に立った情報や媒体を教えてください。

- ☐病院ホームページ
- ☐ハローワーク
- ☐ナースバンク
- ☐病院見学会
- ☐インターンシップ
- ☐先輩
- ☐知人
- ☐その他 ()

ご提供いただきました情報は厳重に管理致します。