

面接カード(表)

大分県病院局

試験 区分	看護師 経験者	受験 番号		ふりがな 氏名		性別	
----------	------------	----------	--	------------	--	----	--

生年月日		昭和・平成		年	月	日生	(満 歳)	
学 歴	最 終	学部・学科		卒見・卒業等の別		在学期間		
				(学年)	卒見・卒・ 在・中退	年 月	年 月	～
	そ の 前	学部・学科		卒 業		在学期間		
				(学年)	卒・中退	年 月	年 月	～
職 歴		病院・会社名等	業 務 内 容		勤務形態	在 職 期 間		
					正採用・期限付 パート・その他	年 月	年 月	～
					正採用・期限付 パート・その他	年 月	年 月	～
					正採用・期限付 パート・その他	年 月	年 月	～
					正採用・期限付 パート・その他	年 月	年 月	～
					正採用・期限付 パート・その他	年 月	年 月	～
資 格 ・ 免 許		名 称	取得年月日		名 称	取得年月日		
県立病院を志望 した理由・動機								
趣味・特技								

※ 記入上の注意

- 1 記入は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。数字は算用数字で書いてください。その他該当するものは丸で囲んでください。「年」は和暦で記入してください。
- 2 年齢は、令和2年3月31日現在で記載してください。その他の箇所については、令和元年9月1日現在で記載してください。
- 3 「学歴」欄には、学校名は記入しないでください。

