

面 接 調 書

視能訓練士	選考	<input type="checkbox"/> A	※受験番号	(ふりがな)	
	区分	<input type="checkbox"/> B		氏 名	
生 年 月 日			S・H	年	月
			日	(満 才)	
視能訓練士という職業を選んだ理由					
神戸市民病院機構を希望した理由					
あなたの長所・短所					
趣味・特技					
好きなスポーツ・加入した運動クラブ					
併 願 状 況	他の就職試験受験の有無			有 ・ 無	
	事業所名			結果 (現況)	

※印欄以外はもれなく記入し、申込書と一緒に提出してください。