

受験 番号	*		面 接 カ ー ド				
氏 名			性 別		生年月日	年 月 日 () 歳	
学 歴	区 分	学校名	学部		学科・専攻課程	入学・卒業年月 (和暦)	
	高 校					年 月 入学	
	専門学校					年 月 卒業(修了)	
	短 大				年 月 入学		
	大 学				年 月 卒業(修了)		
	大 学 院				年 月 入学		
サ ー 部 ク 活 ル					趣 味		
1. 志望動機について							
2. 広域紋別病院でやりたいこと、挑戦したいことは何ですか。							
3. 自己PR							

(注) *印の欄以外の欄を、もれなく入力又は記入して下さい。