

柳井医療センターアルバイト申込書

項目		記入欄
連絡先	フリガナ	
	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	S ・ H 年 月 日
	現 住 所	〒
	帰省先 (該当者のみ)	〒
	電話番号	() — () — ()
	在籍学校名	第 学年
	在籍学校 連絡先	〒 TEL () -
勤務	希望 勤務期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	希望 勤務時間	時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分
	希望 日数	週()日または曜日指定()希望
その他	交通手段	徒歩 ・ 自家用車 ・ バス等(~) その他 ()
	希望部署	・重心病棟 ・神経難病病棟 ・どちらでも良い ※ご希望に添えない場合もございます
	応募理由	・〇〇がしてみたい、看護の仕事を身近に体験してみたい など簡単にお書きください。

独立行政法人 国立病院機構
柳井医療センター 院長 殿

上記の通り申込みを行います。

令和 年 月 日

氏 名 _____