

日野市立病院 サポートパートナー申込書

※お預かりしました個人情報、サポートパートナー従事の参考情報以外には使用いたしません。

西暦 年 月 日 現在

ふりがな				生	年	月	日	性別	
氏名				S	H	年	月	日生	男女
現住所	〒								
自宅電話				複数シフトへの従事 (○で囲んでください)			可 不可		
携帯電話				活動できる曜日 (○で囲んでください)			月 火 水 木 金		
希望する区分 (○で囲んでください)	A (9:00~12:00)		B (10:00~13:00)		C (13:00~16:00)				
既往症・持病がありますか？ <input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ									
職歴 (最終学歴から)	年月	会社名(学校名)		年月	会社名(学校名)				
	年 月		卒業 卒業見込	年 月		入社 退職			
	年 月		入社 退職	年 月		入社 退職			
	年 月		入社 退職	年 月		入社 退職			
	年 月		入社 退職	年 月		入社 退職			
趣味・特技									
資格・免許等	名称番号等	取得年月日		家族	氏 名		年齢	続柄	
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
備考(志望理由・ボランティアの経験・患者様や日野市立病院に対する思い等をお書きください。)									