

身 上 報 告 書

						※受験番号						
1	ふりがな 氏 名						岩見沢市立総合病院以外の医療機関の採用試験を受験しましたか。また、その結果はどうでしたか。今後受験を予定している場合についても記載してください。（○の他、合・否・未定と記入）					
			(昭和・平成 年 月 日生)									
2	現住所						5	公立病院	民間病院	その他		
			(帰省先)									
3	同居の家族	氏 名	年齢	続柄	勤務先名・学校名		6	岩見沢市立総合病院を志望した動機				
	別居の家族						7	得意な学科名				
							8	学校における生徒会活動及びクラブ活動について				
							9	趣味及びボランティア活動について				
4	1 既往症について 病 名 発病時期 現在の状態					10	自分の長所・短所について					
	2 総体的な現在の健康状態					11				以上のほか、特に述べたいことがあれば記載してください。		

※（注意）

- 黒若しくは青のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入してください。
- 数字は算用数字を用いてください。
- 家族の欄は自己を含めて記入し、勤務先名・学校名を詳細に記入してください。
- 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 現住所は、通学等のため下宿等をしている場合は、帰省先も併記してください。
- 必ず受験者本人が記入してください。