

従業員 面接シート

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 満 \_\_\_\_\_歳

血液型 \_\_\_\_\_型 既婚・未婚（予定 有・無）（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃）

現在の健康状態は （とても健康・まあまあ健康・あまり無理はきかない）

喫煙はされますか？ （有・無）

歯科医院での勤務の経験はありますか？ （有・無）（職種 \_\_\_\_\_約 \_\_\_\_\_年）

歯科医院以外での勤務の経験はありますか？ （有・無）（職種 \_\_\_\_\_約 \_\_\_\_\_年）

その仕事をやって良かったと思ったことを教えてください。

勤務するにあたり、希望することはありますか？ （有・無）

あれば教えてください。

医療機関という仕事上、身だしなみ、髪の色、爪などで制限させていただく場合がありますが、あなたの考えを教えてください。

今までに歯科を受診したことがありますか？ （有・無）

その際にどのようなことを考えましたか？

あなたが通うならどのような歯科医院が良いですか？ 3つあげてください。

- 1.
- 2.
- 3.

医療機関を受診して嫌だったことを教えてください。

ご質問などございましたら是非お聞かせ下さい。

ご記入いただきましてありがとうございました