

_____年__月__日

面接シート

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。

ご記入いただきましてありがとうございました。