

\_\_\_\_\_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。