

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック 求人情報記入用紙

この度は当クリニックの募集ページをご覧頂き誠にありがとうございます。
大変お手数ではございますが、下記項目にご記入頂き、FAXにてお送りください。

お名前(漢字) ※必須		
お名前(ふりがな) ※必須		
Eメールアドレス ※必須		
生年月日 ※必須	年 月 日 (満 歳)	
性別 ※必須	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
電話番号 ※必須		
現在のご職業 ※必須		
住所 ※必須	〒	
勤務可能なシフトを選んでください(複数回答) ※午前/9:00~13:30 午後/14:45~18:30	<input type="checkbox"/> 月曜 午前	<input type="checkbox"/> 月曜 午後
	<input type="checkbox"/> 火曜 午前	<input type="checkbox"/> 火曜 午後
	<input type="checkbox"/> 水曜 午前	<input type="checkbox"/> 水曜 午後
	<input type="checkbox"/> 金曜 午前	<input type="checkbox"/> 金曜 午後
	<input type="checkbox"/> 土曜 午前	<input type="checkbox"/> 土曜 午後
週に何日希望ですか? 半日の場合は0.5と記載してください。 (例)月曜と火曜午前中の場合→1.5		
Wordのスキルを選んでください	<input type="checkbox"/> 使ったことがない	<input type="checkbox"/> 少し使ったことがある
	<input type="checkbox"/> データ入力が問題なくできる	
Excelのスキルを選んでください	<input type="checkbox"/> 使ったことがない	<input type="checkbox"/> 少し使ったことがある
	<input type="checkbox"/> データ入力が問題なくできる	<input type="checkbox"/> 関数を使った計算ができる
タッチタイピングのスキルを選んでください	<input type="checkbox"/> 一本指で操作する	<input type="checkbox"/> 手元を見ながらであれば操作できる
	<input type="checkbox"/> 手元を見ないで操作できる	
扶養の範囲内での勤務について	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

現在までのご職歴(自由記載)



人形町耳鼻咽喉科
めまいクリニック

耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科・めまい外来・アレルギー科
〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町2-35-5 DJK人形町ビル3階

FAX番号: 03-3527-2502

※おかけ間違いにご注意下さい。