

令和 年 月 日

調 査 票

※下記の質問事項にご記入をお願いします。

社会福祉法人多摩養育園

※該当番号項目に○をお願いします。

正規職員 施設用

ふりがな		生年月日	年齢
氏名		昭和 年 月 日 平成	歳
希 望 内 容	職 種	介護職員 支援員 相談員 事務員 看護師 栄養士 理学療法士 作業療法士 マッサージ師 調理員 生活支援員 介助員 その他 ()	
	勤務施設	① 檜の里 (養護老人ホーム) ② 竹の里 (養護老人ホーム) ③ 栴の里 (特別養護老人ホーム) ④ 桜の里 (医療重点型特別養護老人ホーム) ⑤ 精華 (知的障害者更生施設) ⑥ 光華 (救護施設) ⑥ 府中市立介護予防推進センター (府中市指定管理受託) ⑦ 高齢者あんしん相談センター大横 (八王子市地域包括支援センター) ⑨ その他 ()	
	希望しない施設	理由 ()	
	見学済施設		
	自動車免許	有 (MT・AT)	無
	原付免許	有 (MT・AT)	無
	通勤手段	公共交通機関 (バス・電車) 自家用車 その他 ()	
	入職可能日	令和 年 月 日	
メッセージ&アピール 趣味や特技、当法人の職員としてやってみたいことなど			
法人への質問等			