

(診療放射線技師)

大田市立病院職員採用試験申込書

①試験区分 診療放射線技師		②実施区分 免許取得見込者 免許取得者		※受験番号		写真貼付 1. 写真は2ヵ月以内に撮影したもの 2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)
③ふりがな 氏名				④性別		
⑤生年月日		昭和 平成 年 月 日				
⑥受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)						
〒		電話番号 () - ()		()方呼出		
ふりがな						
		都道府県	市郡	区町村	番地	
ふりがな						
アパート名等						
⑦現住所(⑥の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑥と同じ場合は記入不要)						
〒		電話番号 () - ()		()方呼出		
ふりがな						
		都道府県	市郡	区町村	番地	
ふりがな						
アパート名等						
⑧学歴(中学校入学以降の期間を記入)						
在学期間			学校名・学部学科名等			
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
⑨職歴(職歴がある場合のみ記入)						
在職期間			会社名等		従事内容	
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
⑩資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)						
資格等の名称			取得(見込)年月日			
診療放射線技師			平成 令和	年 月	取得 取得見込	
			平成 令和	年 月	取得 取得見込	

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。

数字は算用数字を使用してください。

※欄は記入しないで下さい。

記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。