

平成29年度 長崎県対馬病院職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないで下さい。  
長崎県対馬病院

試験職種	診療放射線技師		受験番号	※		写 真 欄  無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）			
ふりがな					性 別				
氏 名					男 ・ 女				
生年月日	平成	・	昭和	年	月	日生（平成30年4月1日現在 満 歳）			
現住所	〒 -					（ 様 方）			
電話番号			携帯電話						
合格通知書送付先	〒 - <small>（上記住所と異なる場合のみ記入して下さい。）</small>					（ 様 方）			
電話番号			FAX番号						
学 歴 （中学校以上を記入）	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名		在 学 期 間		修 学 区 分			
	（現在または最終）			自 平 ・ 昭 年 月	至 平 ・ 昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中 退			
	（その前）			自 平 ・ 昭 年 月	至 平 ・ 昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退			
	（その前）			自 平 ・ 昭 年 月	至 平 ・ 昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退			
	（その前）			自 平 ・ 昭 年 月	至 平 ・ 昭 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退			
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等		職 務 内 容		在 職 期 間			
	（現在または最終）					自 平 ・ 昭 年 月 自 平 ・ 昭 年 月 （ 在職中 ・ 退職見込 ）			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
	（その前）					自 平 ・ 昭 年 月 至 平 ・ 昭 年 月			
診療放射線技師の資格取得年月日		昭和		・	平成	年	月	日	（ 取得 ・ 取得見込 ） ※取得見込みの場合、日付は不要です。
そ の 他 の 免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類						取 得 年 月 日		
							平 ・ 昭 年 月 日		
							平 ・ 昭 年 月 日		
							平 ・ 昭 年 月 日		
							平 ・ 昭 年 月 日		

受験の動機、自己PR等

得意な科目、研究課題等

クラブ活動、文化活動等

趣味・特技

健康状態

私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。  
なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。  
また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

受付印

※

申込書記入上の注意

- 1 口は該当するものをチェックして下さい。
- 2 インクまたはボールペンで、丁寧に漏れがないよう楷書で記入して下さい。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。