

令和2年度長崎県病院企業団医療技術修学資金貸与学生病院選考試験申込書（対馬地域）

受験番号 ※		希望病院	1 対馬病院 2 上対馬病院	希望職種	1 看護師 2 診療放射線技師
ふりがな				男 ・ 女	写真欄 写真は6ヶ月以内に撮影したもの。 縦4.0cm、横3.0cm 上半身、正面向き、無帽 必ず本人確認ができる写真を貼付して下さい。
氏名					
生年月日（令和2年4月1日現在の年齢） 昭和・平成 年 月 日生（満 歳）					
ふりがな					
現住所 〒					
電話番号			携帯番号		
合格通知等書類送付先（現住所と異なる場合のみ記入して下さい。） 〒					
元号	年	月	学 歴（学校名）		学部・学科名
元号	年	月	職 歴		
元号	年	月	資 格 ・ 免 許 等		
志望動機					受付印 ※

【記載上の注意】 ※には記入しないで下さい。

希望病院及び希望職種は該当する番号に○をつけて下さい。（希望職種の「2 診療放射線技師」は対馬病院のみ）