

※欄は記入しないでください。

令和5年度 長崎県病院企業団医療技術修学生選考試験申込書（壱岐病院）

試験職種	診療放射線技師	受験番号	※	写真欄
ふりがな			性別	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）
氏名			男・女	
生年月日	平成 年 月 日生（令和6年4月1日現在 満 歳）			
現住所	〒 ー (様方)			
電話番号		携帯電話		
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 ー (様方)			
電話番号				
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・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 平・令 年 月 至 平・令 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
	(最終)			自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)
	(その前)			自 平・令 年 月 至 平・令 年 月
資格・免許	免許・資格の種類			取得年月日
				平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日
				平・令 年 月 日
志望動機・自己PRなど				
申込書記入上の注意				受付印
				※
<p>1 <input type="checkbox"/>は該当するものをチェックしてください。</p> <p>2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。</p>				