

令和5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3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	年 月 日 生 （令和5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下さい。) 〒 ー （ 様 方）					
電話番号			F A X 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	
	（最 終）		自 至	年 年 月 月	☐ 卒 業 ☐ 中 退	
	（その前）		自 至	年 年 月 月	☐ 卒 業 ☐ 中 退	
	（その前）		自 至	年 年 月 月	☐ 卒 業 ☐ 中 退	
	（その前）		自 至	年 年 月 月	☐ 卒 業 ☐ 中 退	
	（その前）		自 至	年 年 月 月	☐ 卒 業 ☐ 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 年 月 自 年 月 （ 在職中 ・ 退職見込 ）	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
	（その前）				自 年 月 至 年 月	
診療放射線技師の資格取得年月日		年 月 日 取得				
その他の免許・資格	免 許 ・ 資 格 の 種 類				取 得 年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	

志望動機			
自己PR			
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。		受付印	
令和 年 月 日 氏名（自署） (印)			

申込書記入上の注意

- 1
- 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。