

令和2年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

※ 受験番号	試験職種	採用条件(どちらかに○をしてください)			写真欄 ※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必要です。 写真は申込みの際に必ず貼ってください。
	診療放射線技師	1. 令和3年4月1日採用 2. 中途採用(希望日を記載) 希望採用日: 令和 年 月 日			
ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和3年4月1日現在 満 歳)		
現住所					記入心得 4 3 2 1 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。 ※欄は記入しないでください。
(様方)					
電話番号		携帯番号			
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)					
合格通知書送付先					
(様方)					
電話番号		携帯番号			
学 校 上 を 記 入	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	修 学 区 分	
			自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
			自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
			自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 中 退	
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間	
				自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
				自 平 ・ 令 年 年 月 月 至 平 ・ 令 年 年 月 月 (在職中・退職)	
資 格 ・ 免 許	免 許 ・ 資 格 の 種 類		取 得 年 月 日		
			平 ・ 令 年 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
			平 ・ 令 年 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
			平 ・ 令 年 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込	
志望動機、自己PRなど					
特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等					
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有 ・ 無		
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 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	