

令和6年度 長崎県病院企業団五島地域病院職員採用試験受験申込書

受験番号※		試験職種				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					
ふりがな		性別	生年月日			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。 インクまたはボールペンで丁寧に漏れないように楷書で記入してください。 ※欄は記入しないでください。	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)				
〒 ー 現住所 (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。)							
〒 ー 合格通知書送付先 (様方)							
電話番号			携帯番号				
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		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退		
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 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 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)		
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)		
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)		
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)		
					自 平・令 年 月 至 平・令 年 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 月 日 ☐ 取得 ☐ 取得見込				
			平・令 年 月 日 ☐ 取得 ☐ 取得見込				
			平・令 年 月 日 ☐ 取得 ☐ 取得見込				
			平・令 年 月 日 ☐ 取得 ☐ 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。 令和 年 月 日 氏名(自署) 印						受付印 ※	