

令和4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		採用条件(どちらかに○をしてください)		写真欄
		診療放射線技師		1. 令和5年4月1日採用 2. 中途採用(希望採用日を記載) 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5年4月1日現在 満 歳)			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。 □は該当するものをチェックしてください。 ※欄は記入しないでください。
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。)						
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 至平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
			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		
			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		
			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		
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)		
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日			
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込		
			平・令 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。 令和 年 月 日 氏名(自署) 印						
					受付印	
※						