令和６年度　道立病院職員採用選考（診療放射線技師）申込書（１／２）　　 　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※写真を貼ってください  　　１　縦36-40mm  　　　　横24-30mm  　　２　胸上無背景 | 試験職種 | 希望試験会場 | 氏　名 |
| 診療放射線技師 |  | （ふりがな） |
| 試験希望日 |
|  | 性　別　（※記載は任意です。未記載とすることも可能です。） |
|  |
| 現住所　〒　　　-  電話番号　自宅・携帯　　　　　（　　　　　） | | | 生年月日 |
| 昭和・平成  年 月 日  　　　　　　　　　　　　　（　　歳） |
| 連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）    電話番号　自宅・携帯　　　　　（　　　　　） | | |

■　経歴・職歴（中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名・勤務先名(部署名まで)等 | （職歴の場合）  役職・職名 | 学部・職務内容等  (役付きの場合は、部下の人数も記載すること) | 始　期 | 終期（見込） |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免 許 ・ 取 得 | 〈趣味、特技、好きな学科> |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉 | | | |

※経歴・職歴欄に書き切れない場合はコピーしてください。＜Ａ４サイズ：片面で印刷すること＞

令和６年度　道立病院職員採用選考（診療放射線技師）申込書（２／２）　　　　 ＜Ａ４：片面印刷＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験職種 | 希望試験会場 | 氏名 |
| 診療放射線技師 |  | （ふりがな） |

■　志望理由

|  |
| --- |
|  |

■　自己ＰＲ

|  |
| --- |
|  |