

令和5年度 地方独立行政法人奈良県立病院機構職員採用試験
 〈診療放射線技師（病院等業務経験者）〉

受験申込書

記入日 年 月 日

受験 番号	※
----------	---

写真貼付

- 上半身、正面、脱帽
- 3ヶ月以内に撮影されたもの
- 写真裏面に氏名と受験職種を記入
- 縦4cm×横3cm

ふりがな					受験職種	
氏名					診療放射線技師	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	(満 歳)	性別
現住所	〒 -					
*都道府県から	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	-	-
結果通知 連絡先	〒 -					
	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	-	-
*現住所以外に、採用試験についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。						

(年 月撮影)

学 歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月 ~ 年 月			
高 校 以 後	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退

職 歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

受験職種に該当する免許	
診療放射線技師	年 月 <input type="checkbox"/> 取得

その他の免許・資格	
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得

賞 罰	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

受験 番号	※
----------	---

志望動機

自己PR

勤務についての希望 (あなたが採用された場合の参考にするものですが、必ず希望どおりになるとは限りません。)

希望する業務内容	
その他、勤務について 配慮を希望することなど	

確認書 (内容を確認のうえ、口欄にチェックし、署名してください。自署に限ります。)

<input type="checkbox"/>	私は「試験案内」をよく読み、自分が受験資格を満たしていることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	この受験申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。
<input type="checkbox"/>	受験申込書に虚偽があった場合は、受験を取り消されても異議ありません。 (署名) _____

《記入上の注意》

- ・様式は変更しないでください。
- ・パソコン等による入力可能。(ただし、確認書欄は必ず自署してください。)
- ・自筆の場合は黒のインク又はボールペンで枠内に入るように記入してください。
- ・太枠内の各項目のすべてに具体的かつ簡潔に、不備のないように記入し、該当する口欄にレ印をつけてください。
- ・※欄は記載しないでください。
- ・この受験申込書の記載内容は、採用試験に関する資料として活用し、それ以外の目的には一切使用しません。