

※ 受験番号

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内  
一枚をここに貼ってください。  
(1)写真は申込み前6か月  
以内に帽子をつけないで  
正面上半身を撮影した縦4  
cm、横3cmで、本人と確認  
できるものが必要です。  
(2)写真の裏面には、氏名  
を書いてください。

職種				
1	診療放射線技師			
フリガナ	生年月日・年齢・性別			
氏名	昭和	年	月	日生
	平成			
	満	歳	(令和	年 月 日現在) 女
現住所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)				
〒	-		TEL (	) -
			携帯	
連絡先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)				
〒	-		TEL (	) -
			携帯	
学歴 (高校から順にすべて記入)				
学	校	名	学	部
			学	科
			期	間
			年	月
			から	
			年	月
			まで	
			卒	年
			見	込
			年	中
			退	
			卒	年
			見	込
			年	中
			退	
			卒	年
			見	込
			年	中
			退	
年	月		職歴	
年	月		免許・資格	

(注) この申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。