

地方独立行政法人長野県立病院機構
令和2年度 診療放射線技師 採用試験申込書

フリガナ					男・女
氏名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
現住所	〒				
電話番号	自宅・携帯 () -				
Eメール アドレス					
受験資格に必要な免許・資格					取得日
診療放射線技師					年 月 日 取得・見込み
※受験資格に必要な免許・資格以外					
学歴 (高校から記入)	学 校 名	学 部 ・ 学 科	所 在 地	区 分	在 学 期 間
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月
職 歴	勤 務 先	職 務 内 容 (詳 細 は 職 務 経 歴 書 へ 記 入)			勤 務 期 間
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
[配属を希望する病院] ○第1希望 _____ ○第2希望 _____ (希望理由) _____ (希望理由) _____					
[採用試験の受験状況(結果)や進学の手配]					
私は地方独立行政法人長野県立病院機構職員(診療放射線技師)採用試験を受験したいので申込みます。 私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、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) _____					

(写真貼付欄)

縦4cm×横3cm

・申込日前3か月以内に撮影したもの

・正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの