

令和3年度 静岡市立静岡病院職員 採用選考受験申込書

【注】

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペン（消せるボールペン不可）を使い、楷書でていねいに書いてください。

該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写真貼付

2.5cm × 3.5cm

正面・上半身・脱帽で提出日前3か月以内に撮影

※受験番号		受験日 令和 3年 11月 6日	受験職種 診療放射線技師
フリガナ			昭和・平成 年 月 日 生
氏名			< 男 ・ 女 > (歳)
住所	現住所		〒
			TEL
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）		〒
			TEL
E-mail:		TEL (緊急時)	
学歴	高校	科	H・R 年 月 入学
			H・R 年 月 卒業
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込
職歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間		年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
資格 免許	資格等の名称、種類、取得年月日（卒業時取得見込みのものを含む）		
	_____免許	H・R 年 月 日	(取得 ・ 取得見込み)
	_____免許	H・R 年 月 日	(取得 ・ 取得見込み)
	_____免許	H・R 年 月 日	(取得 ・ 取得見込み)
	その他の資格等		
運転免許<原付・普通・その他 () >			

