

市立青梅総合医療センター職員採用試験申込書

|         |  |
|---------|--|
| ※<br>受付 |  |
|---------|--|

|       |                     |                            |      |                           |       |                       |
|-------|---------------------|----------------------------|------|---------------------------|-------|-----------------------|
| 受験職種  | 診療放射線技師             |                            | 受験番号 | ※ —                       |       | 写<br>真<br><br>上半身正面脱帽 |
| ふりがな  |                     |                            |      |                           | 性 別   |                       |
| 氏 名   |                     |                            |      |                           | 男 ・ 女 |                       |
| 生年月日  | 平成 年 月 日            |                            |      |                           | 満 歳   |                       |
| ふりがな  |                     |                            |      |                           |       |                       |
| 現 住 所 | (〒 — )              |                            |      |                           |       |                       |
| 連 絡 先 | 電話番号 — —<br>E-mail: |                            |      | 左記以外の連絡先<br>携帯電話・その他( — ) |       |                       |
| 履 歴   | 学 歴                 | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで | 中学校  |                           |       | 卒                     |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       | 在 ・ 中 退<br>卒見・ 卒      |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       | 在 ・ 中 退<br>卒見・ 卒      |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       | 在 ・ 中 退<br>卒見・ 卒      |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       | 在 ・ 中 退<br>卒見・ 卒      |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       | 在 ・ 中 退<br>卒見・ 卒      |
|       | 職 歴                 | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |
|       |                     | 平成・令和 年 月から<br>平成・令和 年 月まで |      |                           |       |                       |

注 ※印欄は、記入しないでください。

|        |       |     |
|--------|-------|-----|
| 資格・免許  | 取得年月日 | 名 称 |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
|        | 年 月 日 |     |
| 趣味     |       |     |
| 所属クラブ等 |       |     |
| 特技     |       |     |
| 志望の動機  |       |     |

|                   |   |     |     |              |     |
|-------------------|---|-----|-----|--------------|-----|
| 扶養親族数<br>(配偶者を除く) | 人 | 配偶者 | 有・無 | 配偶者の<br>扶養義務 | 有・無 |
|-------------------|---|-----|-----|--------------|-----|

私は、市立青梅総合医療センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。  
なお、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、この申込書の  
すべての記載事項は事実と相違ありません。

必ず自署してください。→

令和 年 月 日

氏名

※ つぎの欄は、記入しないでください。

|          |     |  |          |       |       |     |  |
|----------|-----|--|----------|-------|-------|-----|--|
| 窓口<br>受付 | 受理者 |  | 郵送<br>受付 | 郵便局消印 | 年 月 日 | 確認者 |  |
| 備考       |     |  |          |       |       |     |  |