

令和元年度 公益財団法人とくしま未来健康づくり機構採用試験受験申込書

1 職種 診療放射線技師		2 受験番号(記入しないで下さい)		写真	
3 氏名(ふりがな) (〒 - )		4 生年月日・性別 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (令和2年4月1日現在 満 歳)			
5 現住所(ふりがな) (〒 - )  (同居先 方) 電話 ( ) -					
6 連絡先の住所(ふりがな) (〒 - ) ※上記現住所以外に希望する場合のみ記入  電話 ( ) -					
7 学歴(中学校または高校以上の最近の学歴3つについて記入してください。)					
学校名	学部名	学科名	所在地(市町村まで)	在学期間	修学区分
最終(現在)				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
8 免許、資格、検定等(この試験の受験に必要な資格・免許は必ず書き、取得見込みも記入してください。)					
名称	種別	取得または取得見込年月日	資格免許等の取得機関名		
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
9 職歴					
勤務先名	部課名	所在地(市町村まで)	在職期間	(年数)	職務内容
最終(現在)			年 月～ 年 月	年 月	
その前			年 月～ 年 月	年 月	
この申込書に記載したすべての事項について相違ありません。					
令和 年 月 日 氏名(自筆) _____					

(記入上の注意事項)

- ※1 黒インク・黒ボールペンを使用し、自筆で記入してください。
- 2 記入した原稿(コピーは不可)を提出してください。
- 3 電話番号は、確実に連絡が取れる連絡先を記入してください。
- 4 写真は、3ヶ月以内に撮影した正面向き、上半身、脱帽の本人確認ができるカラー写真で、大きさは縦45mm×横35mmを貼ってください。

志望の動機
将来の抱負
これまでに行った研究や発表
特技・趣味
自己PR