

# 申込書

令和 年 月 日現在（記入日）

ふりがな				<b>写真</b> 6か月以内撮影 無帽 正面向 縦4cm×横3cm
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
現住所 〒 —				電話番号（自宅）
メールアドレス（PDFファイルが受け取れるもの）				携帯番号（本人）

※当センターからの連絡は原則メールで行います。

※2月19日（木）13時を過ぎても受験通知のメールが届かない場合はご連絡ください。

◆ 希望種別（番号に○をつけてください）

- 1 診療放射線技師      2 臨床工学技士      3 作業療法士      4 管理栄養士

◆ 学歴（高校から記入してください）

開始年月	卒業（修了）年月	学校名（学部・学科名）
昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 卒・卒見	
昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 卒・卒見	
昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 卒・卒見	

◆ 職歴（欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください）

就職期間 (年月日～年月日)	勤務先名称	所在地 (市町村名のみ)	職種	雇用形態 (正規・非正規)	担当業務
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	

◆ 資格・免許 (学会認定資格を含む)

名称・種別	登録番号	取得年月日
		昭・平・令 年 月 日

※ 職種に必要な資格・免許取得者は、資格・免許証の写し（A4コピー）を提出すること

◆ 志望の動機 (認定資格を目指す方はその内容等を記載してください)

（複数行用）

◆ 学生生活等

卒業論文 卒業研究 等のテーマ	
クラブ活動歴	
趣味	

◆ その他の特記事項 (自己PRなど)

（複数行用）