

申 込 書

令和 年 月 日現在（記入日）

| | | |
|--------------------------|------------------|----------|
| ふりがな | | |
| 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） |

写 真
6 か月以内撮影
無帽 正面向
縦 4 cm×横 3 cm

※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 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 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（A 4 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）

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

◆ 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）

[illegible]