

申 込 書

令和 年 月 日現在（記入日）

ふりがな			写 真 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 〒	—		
メールアドレス（PDFファイルが受け取れるもの）			電話番号（自宅）
			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。

※8月4日(火)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。

◆ 種別

1 診療放射線技師

◆ 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	

