

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。
※9月9日(水)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	

◆ **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（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）

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a solid vertical line on the left side, creating a margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

◆ 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]