

実務経験申告書

平成 年 月 日

三田市民病院事業管理者 佐 野 博 志 あて

住所:

氏名: 印

みだしのことについて、実務経験について以下のとおり相違ないことを申告します。
ただし、このたび受験する資格に基づいて勤務した内容について記載してください。

勤務先の病院名 所在地	従事した期間	所属部署の 名称と役職名	実務経験 (○で囲んで ください)	雇用形態 (○で囲んで ください)
①	昭・平 年 月 から		臨床工学技士	正規 ・ パート
	昭・平 年 月 まで		臨床検査技師	派遣 ・ 委託
			診療放射線技師	その他 ()
②	昭・平 年 月 から		臨床工学技士	正規 ・ パート
	昭・平 年 月 まで		臨床検査技師	派遣 ・ 委託
			診療放射線技師	その他 ()
③	昭・平 年 月 から		臨床工学技士	正規 ・ パート
	昭・平 年 月 まで		臨床検査技師	派遣 ・ 委託
			診療放射線技師	その他 ()
④	昭・平 年 月 から		臨床工学技士	正規 ・ パート
	昭・平 年 月 まで		臨床検査技師	派遣 ・ 委託
			診療放射線技師	その他 ()
⑤	昭・平 年 月 から		臨床工学技士	正規 ・ パート
	昭・平 年 月 まで		臨床検査技師	派遣 ・ 委託
			診療放射線技師	その他 ()

(注) 複数の欄が必要な場合は、この用紙をコピーしてください。