

三田市民病院職員 採用試験受験申込書

受験職種(該当職種に○をつけてください)	※受験番号
診療放射線技師	

※該当欄には、自筆で必ず黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。

ふりがな	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>写真</p> <p>(タテ4.0㍍×ヨコ3.0㍍)</p> <p>・申込前、3ヶ月以内に撮ったもの</p> <p>・無帽、上半身、正面から撮影</p> <p>・写真の裏面に氏名記入のこと</p> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center; line-height: 40px;"> <p>受付印</p> </div> <p>【受付印なしは無効】</p> </div>
本人氏名	
平成 年 月 日生 (歳) 男・女 昭和 ※ 1	
住所(通知の際の連絡先)	
郵便番号 — 携帯電話 () — 自宅電話 () —	
不在時連絡先(住所と異なる場合のみ)	
郵便番号 — 電話 () —	

学歴	学校名	学部・学科名	制度	在学期間			修学区分				
				年制	平・令	年	月	日	から	卒業	・
			年制	平・令	年	月	日	まで	修了	・	中退
			年制	平・令	年	月	日	から	卒業	・	卒見
			年制	平・令	年	月	日	まで	修了	・	中退
			年制	平・令	年	月	日	から	卒業	・	卒見
			年制	平・令	年	月	日	まで	修了	・	中退

職歴	勤務先	在職期間			職務内容	
			平・令	年		月
		平・令	年	月	日	まで
		平・令	年	月	日	から
		平・令	年	月	日	まで
		平・令	年	月	日	から
		平・令	年	月	日	まで
		平・令	年	月	日	から
		平・令	年	月	日	まで

資格・免許	取得年月日	名称
	平・令 年 月 日	
	平・令 年 月 日	
	平・令 年 月 日	

①当院を志望する理由。

②志望する職種を志した動機または理由。

③志望する職種に関する得意分野について、その専門知識技術等を三田市民病院でどのように生かしたいですか。(実務経験者は実績を踏まえたくうえで記載してください。)

④ほかに応募している病院等がありますか。

⑤このスペースを自由に使い、あなたらしさを表現してください。(図、イラスト、写真等も使用可。立体不可。)

次の質問に答えてください。

- ア 刑事事件について起訴、逮捕又は取り調べを受けたことがありますか。(はい・いいえ)
イ 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。(はい・いいえ)

私は当該受験案内に記載してある全ての内容について承諾します。
また、私は当該受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏名: _____

【記入上の注意】

- 1 太枠内の該当欄は、すべて記入してください。(該当のない場合は「なし」と記入してください。)
- 2 数字はアラビア数字を使ってください。
- 3 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 4 該当欄には、自筆で必ず黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ、明瞭に記入してください。
- 5 ※1 性別の記載は任意です。未記載とすることも可能です