豊川市民病院医療技術職員（診療放射線技師）

採用候補者試験申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  写　真　貼　付　(4.5㎝×3.5㎝)最近６箇月以内に撮影したもの |  |  ※受付年月日 | 　※受付番号 |
| 　職　種　　診療放射線技師 |
| ふりがな　氏　名 |
|  |
|  |  |
| 生年月日平成　　　年　　　月　　　日生 | 年　齢 　　　　　　　歳 |   |
| 現住所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　）　　　―　　　　 　 e-mail |
| 上記以外の連絡先（現住所と同じ場合は記入不要）　　　　　　　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　）　　　―　　　　 |
| 学歴及び職歴（学歴は高校卒　業から記入し　全学校につい　て学部、学科　名まで記載す　ること。　職歴は従事し　た内容を詳し　く記載するこ　と。書ききれ　ない場合は別　紙に記載する　こと。書式自　由）一般的には、入学の日は○年４月１日、卒業の日は○年３月３１日です。 | （和暦）年 | 　　月 | 　　日 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※は記入しないでください。

|  |
| --- |
| 　「豊川市民病院職員を志望した理由」と「自分のセールスポイント」などを記入してください。 |
| 資格・免許の名称及び取得年月日（見込を含む） |
| 加入した部活、サークル等（学生～社会人） | 趣味・特技 |
| 特記すべき身体の状況（既往症、障害等級等） |

|  |
| --- |
| 応募資格、添付書類等確認（すべてレ点で確認してから発送してください）　□年齢は対象範囲内　　□写真２枚（１枚は申込書に添付）□返信用封筒１通（長形３号、宛先明記、110円切手添付）□卒業証明書又は卒業見込証明書　　□成績証明書　　□希望する職種の免許を有する場合は、その免許証（写） |

 上記のとおり受験申込いたします。

なお、私は地方公務員法第１６条に規定する欠格条項に該当しません。

また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

令和６年　　　月　　　日

豊川市病院事業管理者　殿

 　　　　　　 本人氏名（自筆）