

平成31年度採用石川県立病院診療放射線技師選考試験申込書

1 氏名	(ふりがな) _____ ()
2 性別	(男・女)
3 生年月日	昭和・平成 年 月 日生
4 最終(現在)学歴 (学校、学部、学科名)	(平成 年 月 卒業・卒業見込)
5 現住所	郵便番号 _____ (電話 _____) (携帯電話 _____)
6 連絡先 (現住所と同じ場合は 同上と記入してくだ さい。)	郵便番号 _____ (電話 _____) (携帯電話 _____)
7 勤務を希望する 病院	中央病院 高松病院 どちらでも良い ※状況によって、希望の病院に配属できない 場合があります。
8 平成30年度内 採用の希望 (現に診療放射線技師 免許を有する方のみ 記入してください。)	希望する 希望しない () 月から
9 その他希望事項等	(注意) 左記のいずれかを○で囲んでください。 また、希望する場合は採用 希望の月(12月以降)を 記入してください。

私は、平成31年度採用石川県立病院診療放射線技師選考試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、また、この申込書及び履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

- 記入上の注意
- 1 黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
 - 2 数字は算用数字を用いてください。
 - 3 各種通知は「6 連絡先」へ行います。