

**静岡市立清水病院用**

令和2年度静岡市職員（診療放射線技師）採用選考受験申込書

**【注】**

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペンを用い、正確に書いてください。  
該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で  
 囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写真貼付(ライカ版)  
 2.5cm×3.5cm  
 正面・上半身・脱  
 帽で提出日前3  
 か月以内に撮影  
 のもの

<b>※受験番号</b>		<b>受験職種</b>	
		< 診療放射線技師 >	
(フリガナ) 氏名		昭和 平成	年 月 日 生 ( 歳)
学歴 (高校以上 の学歴を 順次記入)	高 校	科	S・H 年 月 入学 S・H 年 月 卒業
	<短大・高専 専門学校>	科	S・H 年 月 入学 S・H・R 年 月 卒・卒見込
	大 学	学 部	学 科
住 所	現住所		〒 TEL
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）		〒 TEL
	E-mail:		TEL (緊急時)
職 歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間等		
資 格・免 許 (卒業時 取得見込 みのもの を含む)	資格等の名称、種類、取得年月日 診療放射線技師免許 年 月 日 ( 取得 ・ 取得見込み )  その他の資格等  運転免許<原付・普通・その他 ( ) >		

