

受 付 印

令和6年度 小田原市立病院職員採用試験申込書

※

試 験 区 分

受 験 番 号

診療放射線技師

※

1 ふりがな
氏 名

昭和・平成 年 月 日生

男・女

(歳)

※受験日現在

2 国 籍

ア 日本国

イ ()

※

3 現 住 所

〒

電話 ()

自宅・下宿
アパート・学生寮

写 真

4 連 絡 先

〒

電話 () 携帯電話

脱帽上半身
3箇月以内撮影
縦5×横4cm

5 学 歴 (高等学校から順に記入してください。)

学 校 名

学部学科名

一部・二部・
通信・全日・
定時制の別

所 在 地

(都道府県及び市町村)

期 間
(西暦で記入)

修学区分

年 月から
年 月まで
卒業 中退
卒業見込

年 月から
年 月まで
卒業 中退
卒業見込

年 月から
年 月まで
卒業 中退
卒業見込

6 職 歴 (これまでに就職した場合は、新しい順にもれなく記入してください。)

勤 務 先

職務内容

雇用形態

所 在 地

(都道府県及び市町村)

期 間
(西暦で記入)

退職理由

正社員
それ以外

年 月から
年 月まで

正社員
それ以外

年 月から
年 月まで

正社員
それ以外

年 月から
年 月まで

正社員
それ以外

年 月から
年 月まで

