

平成29年度福岡市立病院機構職員採用試験申込書 (医療技術職)

受験番号 ※記入しない でください。	No.	出欠 ※記入しない でください。	1次	2次	
区 分 <small>※該当する□に×印を つけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士		<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真貼付 ・申込前6月以内に 撮影した上半身・ 正面脱帽のもの ・縦4cm×横3cm ・裏面に氏名を記入 して、のり付けして ください。 </div>		
フリガナ		性別			男 ・ 女
氏 名					
生年月日	昭和 平成 年 月 日	満 歳			(平成30年4月1日現在)
現住所	(〒 -)				
電話番号	() -	携帯電話	- -		
E-mail	@				
通知等の 送付先 <small>※現住所以外に送付を 希望する場合のみ記入</small>	(〒 -)				
学 歴	修学期間	学 校 名	学部・学科・専攻	修学区分	
	昭平 年 月 ~ 昭平 年 月	高等学校		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
	昭平 年 月 ~ 昭平 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
	昭平 年 月 ~ 昭平 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
職 歴	期 間	勤 務 先	事 業 内 容	従 事 業 務	備 考
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
	年 月 日	}			
<p>(注) 1. 無職の期間も含め採用の前日までの予定を切れ間なく記入して下さい。 また、職歴がない場合は「職歴なし」と記入して下さい。</p> <p>2. 事業内容は、勤務先の主たる事業内容(例:病院、販売等)を記入して下さい。</p> <p>3. 従事業務は、本人が実際に従事した仕事内容(例:臨床検査業務、事務等)を記入して下さい。</p>					

