

# 申 込 書

平成 年 月 日現在

写 真  
6ヶ月以内撮影  
無帽 正面向  
縦4cm×横3cm

ふりがな	男・女
氏名	⑩
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
受験通知等を送付する住所の口に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてしてください。	
<input type="checkbox"/> 現住所 〒 —	電話 — — 携帯 — —
<input type="checkbox"/> 連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 〒 —	電話 — —

◆ **希望病院等**（募集している病院が複数ある職種は、優先順位を記入してください）

1 心臓血管センター    2 がんセンター    3 精神医療センター    4 小児医療センター

第1希望	3	第2希望	—	第3希望	—	第4希望	—
------	---	------	---	------	---	------	---

◆ **希望種別**（番号に○をつけてください）

- 1 薬剤師                      2 診療放射線技師                      3 臨床検査技師                      4 臨床工学技士  
5 作業療法士                      6 理学療法士                      7 管理栄養士                      8 言語聴覚士

◆ **学歴**（高校から記入してください）

開始年月	卒業（修了）年月	学校名（学部・学科名）
昭和・平成 年 月	昭和・平成 年 月 卒・卒見	
昭和・平成 年 月	昭和・平成 年 月 卒・卒見	
昭和・平成 年 月	昭和・平成 年 月 卒・卒見	
昭和・平成 年 月	昭和・平成 年 月 卒・卒見	

◆ **職歴**（欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください）

就職期間 （年月日～年月日）	勤務先名称	所在地 （市町村名のみ）	職種	雇用形態 （常勤・非常勤）	担当業務

