

受験申込書：履歴書

(小野田赤十字病院)

平成 年 月 日現在

職 種 (左下欄に○を記入すること)	
	診療放射線技師

証明写真貼付
3cm×4cm
3ヶ月以内に
撮影のもの

ふりがな			性別	男・女
氏 名				
生年月日	19	(S・H)年	月	日生 満 歳
ふりがな			電話番号	
現住所	〒	—	携帯電話番号	
受験票送付先	〒	—		
緊急時の連絡先	住所	〒	—	電話
	氏名			本人との関係

注：1) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。

学 歴	修業期間		学校 ・ 学部 ・ 学科名	
	年 月～	年 月		
年 月～	年 月			
年 月～	年 月			
年 月～	年 月			
年 月～	年 月			

注：2) 学歴については中学校から記入のこと。

職 歴	職 務 期 間		勤務先名
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	

免 許 ・ 検 定 等	取得（見込）年月日		免許番号	免許・検定その他資格等
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		

志望動機
ボランティア・社会活動等
得意学科
私の性格
その他