

# 厚木市立病院職員採用試験申込書

(令和6年度・身体障害者対象)

(写真欄)

申込書提出前6箇月以内に撮った帽子をつけない  
上半身縦4cm横3cmのもので、本人と確認できるものを貼ってください。

(背景は無地)

※受付		令和 年 月 日提出		
(裏面の記入上の注意をよく読んで記入してください。)				
職種 診療放射線技師	※受験番号	ふりがな 氏名	既婚・未婚 扶養親族有・無	生年月日 平成 年 月 日 ( 歳) ★年齢は、令和7年4月1日現在で記入
現住所(〒 ) 電話番号( )				
緊急連絡先住所(〒 ) 電話番号( ) 都・道・府・県 区・市・郡 町 氏名 続柄( )				
学歴(中学校から順次最終学歴まで記入してください。転校した場合は卒業校を記入してください。)				
学校名	学部・学科名	所在地(市町村まで)	在学期間	○で囲む
中学校			H・R 年 月から H・R 年 月まで( 年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで( 年制)	卒・卒見 中退・修了
			H・R 年 月から H・R 年 月まで( 年制)	卒・卒見 中退・修了
職歴(就職履歴を、新しい順に全て記入してください。ない場合は「なし」と記入)				
勤務先	勤務内容	所在地(市町村まで)	在職期間	退職理由
			H・R 年 月から H・R 年 月まで	
			H・R 年 月から H・R 年 月まで	
			H・R 年 月から H・R 年 月まで	
			H・R 年 月から H・R 年 月まで	
資格・免許等		取得(見込み)年月日		○で囲む
		H・R 年 月 日		取得・取得見込み
		H・R 年 月 日		取得・取得見込み
		H・R 年 月 日		取得・取得見込み
志望の動機				

