

令和6年度 地方独立行政法人奈良県立病院機構職員採用  
 〈診療放射線技師（放射線部幹部職員）〉

申込書

記入日 年 月 日

整理番号	※
------	---

**写真貼付**

- 上半身、正面、脱帽
- 3ヶ月以内に撮影されたもの
- 写真裏面に氏名と職種を記入
- 縦4cm×横3cm

( 年 月撮影)

ふりがな					職種	
氏名					診療放射線技師 (放射線部幹部職員)	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	(満 歳)	性別
現住所	〒 -					
*都道府県から	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	-	-
結果通知連絡先	〒 -					
	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	-	-
*現住所以外に、採用選考についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。						

学歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込
～ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	
年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込	
～ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	
年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込	
～ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	
年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込	
～ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	

職歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他
～ 年 月			( )	
年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
～ 年 月			( )	
年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
～ 年 月			( )	
年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
～ 年 月			( )	

\* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

職種に該当する免許		
診療放射線技師	年 月	<input type="checkbox"/> 取得

その他の免許・資格		
放射線治療品質管理士	年 月	取得
第1種放射線取扱主任者	年 月	取得
	年 月	取得
	年 月	取得

賞 罰	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

\* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

