

# 三戸町職員（三戸中央病院勤務・診療放射線技師）採用試験受験申込書

◎黒か青のボールペンで記入してください。※印欄は記入しないでください。写真は必ず貼ってください。

試験の種類	診療放射線技師	受験番号	※		
ふりがな 1 氏名					
2 生年月日	年 月 日生 (令和 年 月 日現在 満 歳)	3. 本籍地 (都道府県名)	都道府県		
4 現住所	(〒 - ) アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。 TEL ( ) - ( ) 方 ( ) 方				
5 連絡先	(〒 - ) 現住所以外の連絡先（実家等）があれば記入してください。 TEL ( ) - ( ) 方 ( ) 方				
6 学歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	○で囲む
	中学校	—	—	年 月から 年 月まで	卒
				年 月から 年 月まで	卒・( ) 年在 卒見・中退
				年 月から 年 月まで	卒・( ) 年在 卒見・中退
7 現在の職業	勤 務 先 名 称	所 在 地		勤 務 内 容	在 職 期 間
8 資格・免許	受験資格に関する資格、免許等を有する場合は次に記入してください。 資格の名称 取得年月日 昭・平・令 年 月 日				
9 私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 印					

・写真は3ヶ月以内に撮影したもので正面からの顔写真とします。  
・写真の大きさは縦4cm横3cm程度とします。  
・写真の裏には必ず試験の種類と氏名を記入してください。

◎9の地方公務員法第16条の内容は、三戸町（三戸中央病院）看護師採用試験実施要項「2. 受験資格」に記載のとおりです。

※受付年月日	※受付係印	※受験票交付済印