別記様式第１号（規格Ａ４）

申　　込　　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな	男 ・ 女
氏　名	㊞
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）

写　真
６ヶ月以内撮影
無帽　正面向
縦４㎝×横３㎝

受験通知等を送付する住所の□に ✓ を入れてしてください。

□現住所 〒　　－	電話　　－　　－ 携帯　　－　　－
□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

◆　**資格・免許**（学会認定資格を含む）

名称・種別	登録番号	取得年月日
		昭　・　平　　年　　月　　日
		昭　・　平　　年　　月　　日
		昭　・　平　　年　　月　　日
		昭　・　平　　年　　月　　日

※ 職種に必要な資格・免許取得者は、資格・免許証の写し（Ａ４コピー）を提出すること

◆　**志望の動機**（認定資格を目指す方はその内容等を記載してください）

◆　**学生生活等**

卒業論文 卒業研究 等のテーマ	
クラブ活動歴	
趣　味	

◆　**その他の特記事項**（自己ＰＲなど）