

# 申 込 書

令和 年 月 日現在

写 真

6ヶ月以内撮影  
無帽 正面向  
縦4cm×横3cm

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
受験通知等を送付する住所の口に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてしてください。			
<input type="checkbox"/> 現住所 〒	—	電話	— —
		携帯	— —
<input type="checkbox"/> 連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒	—	電話	— —

◆ **希望病院等**（募集している病院が複数ある職種は、優先順位を記入してください）

- 1 心臓血管センター    2 がんセンター    3 精神医療センター    4 小児医療センター

第1希望	/	第2希望	/	第3希望	/	第4希望	/
------	---	------	---	------	---	------	---

※ 複数の病院で募集している職種に関して、募集している病院全てについて希望順位の記載がなかった場合は、記載がなかった病院については希望しないものとさせていただきます。

◆ **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 臨床心理技術者    8 精神科ソーシャルワーカー(PSW)  
9 医療ソーシャルワーカー(MSW) 10 管理栄養士        11 歯科衛生士        12 保育士  
13 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・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 卒・卒見	
昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 卒・卒見	
昭・平・令 年 月	昭・平・令 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 (正規・非正規)	担当業務
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	
昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日				正規・非正規	

