

地方独立行政法人山梨県立病院機構職員採用試験 申込書

試験職種	診療放射線技師 (医学物理士)	受付番号	※
		受験番号	※

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 令和5年4月1日現在で満 歳		
現 住 所	〒 (—) (方には世帯主等の名前を記入して下さい。)		
	方		
	電話番号	—	—
携帯電話番号	—	—	
連 絡 先 (緊急連絡等)	〒 (—) (緊急連絡等に必要ですから、 現住所と同じ場所でも必ず記入してください。 方には世帯主等の名前を記入して下さい。)		
	方		
電話番号	—	—	
受験資格	・当てはまるものに○をすること (必須) (いずれか) 医学物理士認定試験合格者 診療放射線技師免許資格所持者 医学物理士認定取得者		
	※いずれの条件を満たす免許等の写しを添付すること		
身体に障害があるなど、この試験を受験するのに介護などを必要とする場合は、その内容を記入してください。			
私は、地方独立行政法人山梨県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、私は試験案内 に掲げてある受験資格をすべて満たしており、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 (自筆)			

(記入心得)

- ① 各項目の質問にははっきり答えてください。黒か青のインク、ボールペンで丁寧に書き、該当の箇所を○で囲み、※印の欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
- ② **記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。**