

令和6年度 西臼杵医療センター職員採用試験受験申込書

履 歴 票

職 種 診療放射線技師 (G)	※受験番号	受験団体名 西臼杵広域行政 事務組合
フリガナ	生年月日	
氏名	昭 和 平 成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)	
現住所(寮、下宿、アパート等の場合には、建物の名称、同居先等を都道府県から明確に記入。)		
(〒 -) (TEL - -) (携帯 - -)		
連絡先(現住所と同じ場合には記入不要。)		
(〒 -) (TEL - -) (携帯 - -)		

◎ 免 許・資 格 (資格・試験の必要な試験申込者は必ず記入)

取得(見込み)年月日			資格・免許の名称
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

※ 受付印

※印欄は、記入不要。

切手は、当
センターが
負担します

郵便はがき

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

都道
府県

市
郡

町
村

様方

(氏名)

様

(上記に郵便番号、住所、氏名を記入して下さい。合格通知書等も上記宛てに送付します。)

~~~~~受験の心得~~~~~

- 1 試験当日は必ず8時30分までに試験場に来て、受付で「受験者のみなさまへ」を入手してください。遅刻者は原則として受験できません。
- 2 受験の際は必ずこの受験票、筆記用具を持参してください。受験票を持参しなかった受験者は、受験をお断りします。
- 3 受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- 4 携帯電話を時計代わりに使用することはできません。
- 5 敷地内は全面禁煙です。
- 6 感染症対策を心掛け、試験当日はマスクの着用をお願いします。

※不正行為者は直ちに退場を命じます。

※担当係員の指示をよく聞いて行動して下さい。