

令和6年度採用
さいたま赤十字病院診療放射線技師選考願書

ふりがな				男・女
氏名	印			
生年月日	年	月	日生(満才)	
ふりがな				
現住所	〒			
自宅電話	TEL	-	-	出身地 都・道 府・県 区・市 町・村
携帯電話	TEL	-	-	
E-mail				
緊急時の連絡先	住所	〒		
	氏名			本人との関係

写 真
(無帽・上半身)
この欄に添付すること

縦 4cm 横 3cm

(注) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。

学歴	修業期間(西暦)	学校・学部・学科名
	年 月 ~ 年 月	中 退 卒業見込 卒業
年 月 ~ 年 月	中 退 卒業見込 卒業	
年 月 ~ 年 月	中 退 卒業見込 卒業	
年 月 ~ 年 月	中 退 卒業見込 卒業	

* 学歴は高等学校より記入下さい。

職歴	職務期間(西暦)	勤務先名等
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	

健康状況等		
既往歴 ・ 現病歴		喫煙歴 <ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙したことはない ・ 現在は喫煙していない ・ 喫煙する(1日 本)

賞罰等	
-----	--

