# 職　員　採　用　試　験　申　込　書

| (フリガナ)<br>氏　名 | 生年月日<br>年　月　日 | 性別 | 試験区分<br>診療放射線技師 | ＊病院名<br>公立甲賀病院 | ＊受験番号 |
|---|---|---|---|---|---|
| 現住所<br>〒　　－<br>（　　方） | | | | | |
| | 電話番号<br>－　　－ | 緊急時連絡先（または携帯電話番号）　　方<br>－　　－ | | | |
| 試験結果通知の送付先（現住所と異なる場合のみ記入）<br>〒<br>電話番号　　－　　－ | | | | | |

| 誓約 | ＊受付印 |
|---|---|
| 私は、職員採用試験を受験したいので、次のとおり誓約のうえ本書をもって申し込みます。<br>（1）私は、職員採用試験公告に定められた受験資格を有する者に相違ありません。<br>（2）私は、職員採用試験公告に定められた受験できない者に該当いたしません。<br>（3）この申込書及び履歴書の記載事項は事実に相違ありません。<br>令和　　年　　月　　日<br>氏　名　　印 | |

＊　必ず氏名を記入し、印鑑を押して下さい。

きりはなしてはいけません

担当職員印

# 受　験　票

| 試験区分<br>診療放射線技師 | ＊病院名<br>公立甲賀病院 | ＊受験番号 |
|---|---|---|
| (フリガナ)<br>氏　名 | | |

＊受付印

（写真添付欄）

サイズ　縦36～40mm
横24～36mm

申込6ヶ月以内の脱帽、正面向き、上身

試験当日この欄に写真を貼ってない場合、受験できなくなることがあります

年　月　撮影

＊　試験日時
令和9年1月5日(火)　12 時 30分集合

＊　試験会場　公立甲賀病院
〒528-0074　滋賀県甲賀市水口町松尾1256
（℡　0748-62-0234）