

(別添様式1)

登録申込書 (放射線技師)

(平成 年 月 日)

(フリガナ) 氏名	昭和・平成 年 月 日(歳) 印 男・女	
	都・道・府・県	
現住所・ 連絡先	〒 自宅電話 () - 携帯電話 () -	
学校名 (高等学校から記載のこと)		
学 校 名	学部・学科	修 学 期 間
		年 月～ 年 月 卒業・卒業見込
		年 月～ 年 月 卒業・卒業見込
		年 月～ 年 月 卒業・卒業見込
		年 月～ 年 月 卒業・卒業見込
職 歴		
勤務先 (部門・課名まで記載)	在 職 期 間	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

写 真
上半身無帽
全面貼付
縦 3.5~4.0cm
横 3.0~3.5cm

<p>希望する病院</p> <p>1～8のいずれかに○をお付けください。</p> <p>複数希望可</p>	<p>1 尼崎総合医療センター 2 西宮病院</p> <p>3 加古川医療センター 4 淡路医療センター</p> <p>5 柏原病院 6 こども病院 7 がんセンター</p> <p>8 姫路循環器病センター</p>	
<p>放射線技師免許の取得年月日</p>	<p>昭和・平成 年 月 日取得</p>	
<p>現場経験の有無</p> <p>1～3のいずれかに○をお付けください。</p>	<p>1 病院の放射線業務の現場での勤務経験あり</p> <p>2 病院以外の放射線業務の現場での勤務経験あり</p> <p>3 放射線業務の現場の経験なし</p>	
<p>その他免許・資格</p> <p>取得（又は取得見込）の免許資格をご記入ください。</p>	<p>名 称</p>	<p>取得（見込）年月日</p>
		<p>昭和・平成 年 月</p>
		<p>昭和・平成 年 月</p>
		<p>昭和・平成 年 月</p>
<p>備考欄（特に報告しておきたいこと等がありましたらご記入ください）</p>		
<p>記入上の注意</p> <p>①学歴欄、職歴欄、免許・資格欄に記入しきれない場合は、備考欄も活用ください。</p> <p>②職歴欄は、最終学歴後の職歴を、身分等も含めて具体的にご記入ください。</p> <p>例：××株式会社△△課 正社員、契約社員、アルバイト等</p> <p>③その他の希望事項（勤務日数、勤務時間数、勤務時間帯等）がありましたら、備考欄にご記入ください。</p>		