

**平成29年度宮崎県診療放射線技師・言語聴覚士・臨床工学技士選考採用試験  
申込書**

注：受験番号欄は記入不要です。

**写真貼付**

- ・ 4 cm × 3 cm
- ・ 申込前2か月以内に撮影した脱帽、正面向きで、本人と明瞭に確認できるもの
- ・ 写真裏面に氏名を記入
- ・ カラー写真

試験種類	※いずれかに○をしてください。 診療放射線技師 ・ 言語聴覚士 ・ 臨床工学技士		
受験番号		希望の 受験会場	※いずれかに○をしてください。 宮崎・東京・大阪・福岡
ふりがな (自署) 氏名			男 ・ 女
		生年月日・年齢 (H30.4.1 現在) 昭和 年 月 日生 (満 歳) 平成	
現住所	〒 ー		自宅電話： 携帯電話：
その他 連絡先	〒 ー ※現住所と同様の場合は記載不要		電話番号
学歴 (中学校以上)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間
	中学校	ー	年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
職  歴	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
資 格 ・ 免 許	年	月	診療放射線技師 ・ 言語聴覚士免許 ・ 臨床工学技士 取得 ・ 取得見込 ※該当しないものを二重線で抹消すること
	年	月	
	年	月	
	年	月	

# 面接カード

注：受験番号欄は記入不要です。

平成 年 月 日 現在

試験種類	※いずれかに○をしてください。 診療放射線技師・言語聴覚士 臨床工学技士	氏	ふりがな
受験番号		名	
[他の試験の受験状況] <input type="checkbox"/> 右記試験を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 宮崎県職員採用試験のみ (理由)		<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立病院機構 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他の公立病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 大学附属病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 民間病院 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> 進学予定 ( <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ) ( <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 )	
[志望動機]			
[課外活動(部活動、生徒会活動、スポーツなど)] ※中学校以後の活動を記載			
時 期	活 動 の 内 容	備 考 (務めた役職、公式戦での戦績、実績など)	
[ボランティア]		[趣味]	
[最近関心を持った事柄]			
[自己PR]			

(注) □については、該当するものにレ印をつけること。