

公益財団法人香川県総合健診協会診療放射線技師(正規職員)エントリーシート No.1

年 月 日現在

ここに写真を貼り付けて
ください

縦4cm横3cm

* 黒インク・楷書・算用数字・西暦で本人自筆で記入すること

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	年 月 日(満 歳)	

現住所	〒	
電話番号	自宅	
	携帯	
その他連絡先 (実家等)	〒	
書類送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> その他連絡先 記載のない場合は現住所に送付します	

学歴

学校名学部学科	在学期間	卒業等
現在・最終	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
その前	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退

職歴

勤務先名	具体的な業務内容	在職期間
現在・最終		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
そのもうひとつ前		年 月～ 年 月

資格・免許・検定

名 称	取得・取得見込年月日	取得	取得見込
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
普通自動車第一種免許	<input type="checkbox"/> 取得済み(年 月) <input type="checkbox"/> 取得予定(年 月) <input type="checkbox"/> 未取得		