

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院 診療放射線技師 レジデント応募用紙

ふりがな 氏名		写真を貼る位置 縦4cm×横3cmの写真を使用してください。
年 月 日生(満 歳)	性別 男 女	
ふりがな		TEL
現住所 〒		携帯
		FAX

年	月	学歴・職歴(各別にまとめて書く)

年	月	免許・学位

志望の動機	希望する専門分野(○で囲む)
	1. 画像診断専攻 2. 放射線治療専攻
	通勤方法・時間
	約 時間 分