

| | |
|------|--|
| 受験番号 | |
|------|--|

※地区事務所記入

受験願書 平成 31 年度 名簿登載選考

| | | | | | | |
|------------------------------------|-------|----|---|----|--------------------------|--|
| 職 種 | 作業療法士 | 平成 | 年 | 月 | 日現在 | 写真を貼る位置 ・縦 36～40mm ・横 24～30mm ・本人単身胸から上 ・裏面に氏名記入 ・裏面このりづけ |
| ふりがな | | | | | 性 別 | |
| 氏 名 | | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日生 | () 歳) 平成 31 年 4 月 1 日現在 | |
| ふりがな | | | | | 携帯番号 | |
| 現住所 〒 | | | | | 電話番号 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 郵便物送付先 〒 (現住所以外へ郵便物の送付を希望する場合のみ記入) | | | | | その他連絡先 | |

| 学 歴 (高等学校以上、大学等については学部・学科も記入) | 在学 (予定) 期間 | 該当事項にチェック | |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------|---|
| | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 | <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 |
| | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 | <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 |
| | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 | <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 |
| | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 | <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 |
| 在職期間 | 職 歴 (勤務先名称) | 在職期間 | 職 歴 (勤務先名称) |
| 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | |
| 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | |
| 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 至: 年 月 日 | |
| 取得 (見込) 日 | 免許 (取得見込)・資格 | 取得 (見込) 日 | 免許 (取得見込)・資格 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|-------|----------|------------|
| 配偶者 | 配偶者の扶養義務 | 扶養家族数 |
| 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | (配偶者を除く) 人 |

- 記入上の注意 1 : 鉛筆以外の黒の筆記具で記入。
 2 : 数字はアラビア数字で、文字はくずさず自筆で正確に書く。

| 趣 味 | | 特 技 | |
|----------------------------|--|----------|--|
| 得意科目・分野 | | 自覚している性格 | |
| 1. 独立行政法人地域医療機能推進機構を志望する動機 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2. 自己PR | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3. 学生生活（既卒者は就業経験）を通じて得たこと | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. 勤務を希望する病院について

下記のうち、いずれかの□にレ点を付してください。

下記の14病院のうちどこでも構わない

できれば特定の病院を希望

(複数選択可、希望する病院の順に【 】に番号を記入してください)

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下関医療センター | <input type="checkbox"/> 徳山中央病院 | <input type="checkbox"/> 九州病院 |
| <input type="checkbox"/> 久留米総合病院 | <input type="checkbox"/> 福岡ゆたか中央病院 | <input type="checkbox"/> 佐賀中部病院 |
| <input type="checkbox"/> 伊万里松浦病院 | <input type="checkbox"/> 諫早総合病院 | <input type="checkbox"/> 熊本総合病院 |
| <input type="checkbox"/> 人吉医療センター | <input type="checkbox"/> 天草中央総合病院 | <input type="checkbox"/> 南海医療センター |
| <input type="checkbox"/> 湯布院病院 | <input type="checkbox"/> 宮崎江南病院 | |

5. 希望の選考会場について（申し込み後の変更は不可）

下記のうち、いずれかの□にレ点を付してください。

- 福岡会場・・・九州病院（福岡県北九州市八幡西区岸の浦 1-8-1 Tel 093-641-5111）
- 熊本会場・・・熊本総合病院（熊本県八代市通町 10-10 Tel 0965-32-7111）