

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	理学療法士	平成	年	月	日現在	写真を貼る位置 ・縦 36～40 mm ・横 24～30 mm ・本人単身胸から上 ・裏面に氏名記入 ・裏面にのりづけ
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					その他連絡先	
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)						

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		自: 年 月 日	
至: 年 月 日		至: 年 月 日	
自: 年 月 日		自: 年 月 日	
至: 年 月 日		至: 年 月 日	
自: 年 月 日		自: 年 月 日	
至: 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)

- |              |               |              |
|--------------|---------------|--------------|
| 【 】 下関医療センター | 【 】 徳山中央病院    | 【 】 九州病院     |
| 【 】 久留米総合病院  | 【 】 福岡ゆたか中央病院 | 【 】 佐賀中部病院   |
| 【 】 伊万里松浦病院  | 【 】 諫早総合病院    | 【 】 熊本総合病院   |
| 【 】 人吉医療センター | 【 】 天草中央総合病院  | 【 】 南海医療センター |
| 【 】 湯布院病院    | 【 】 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）