

受験番号	
------	--

※地区事務所記入

受験願書 令和2年度 名簿登載選考

職 種	理学療法士	令和 元 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) 令和2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 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）