

受験番号	
------	--

※地区事務所記入

受験願書 令和3年度 名簿登載選考

職 種	臨床検査技師	令和 3 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3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		メールアドレス	
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)

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 【 】 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. 選考会場について

オンライン試験

注意事項 1. インターネット環境が整備された場所で受験してください。

2. 原則、自宅もしくは自室などで受験してください。それ以外でも受験可能ですが、受験者以外の入室が不可能で、過度な騒音など円滑な試験の進行を妨げるものがない場所で受験してください。