

受験番号	
------	--

※地区事務所記入

受験願書 令和5年度臨床検査技師採用候補者名簿登載選考

試験日 試験日程については、調整のうえ決定します。

職名	臨床検査技師	令和5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 ・裏面にのりづけ
ふりがな		性別	
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	生 (歳)	令和6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	
書類送付先 〒	(現住所以外への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)
① 自 年 月 日 至 年 月 日		④ 自 年 月 日 至 年 月 日	
② 自 年 月 日 至 年 月 日		⑤ 自 年 月 日 至 年 月 日	
③ 自 年 月 日 至 年 月 日		⑥ 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
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

氏名

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. 下記の病院を希望します。

【 1 】 湯布院病院

5. 選考について

オンライン試験における注意事項

1. インターネット環境が整備されている環境で受験して下さい。
2. 原則、自宅もしくは自室で受験下さい。これ以外の場所でも受験可能ですが、試験中に他者の入室が不可能で、過度の騒音のない場所で受験して下さい。

(複写使用可、A4両面印刷)

独立行政法人地域医療機能推進機構九州地区事務所