

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

※地区事務所記入

令和5年度理学療法士採用候補者名簿登載選考受験願書

受験日 調整のうえ、決定します

|         |                            |   |  |
|---------|----------------------------|---|--|
| 職名      | 理学療法士                      | 令和5年 月 日現在  | 写真を貼る位置<br>・縦36～40mm<br>・横24～30mm<br>・本人単身胸から上<br>・裏面に氏名記入<br>・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<br>至 年 月 日         |               | ④ 自 年 月 日<br>至 年 月 日        |   |
| ② 自 年 月 日<br>至 年 月 日         |               | ⑤ 自 年 月 日<br>至 年 月 日        |   |
| ③ 自 年 月 日<br>至 年 月 日         |               | ⑥ 自 年 月 日<br>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<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 配偶者の扶養義務<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 扶養家族数<br>(配偶者を除く) 人 |
|--|---|---------------------|

- 記入上の注意
- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入。
  - 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. 配属希望病院について、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【 】に順位を記入してください)

【   】 徳山中央病院

【   】 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。

(複製使用可、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