

受験番号

※地区事務所記入

令和6年度作業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

Form with fields for name, address, birth date, and contact information. Includes a photo placement box with instructions: 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.

Table with 4 columns: 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, 在職期間, 職歴 (勤務先名称). Includes checkboxes for graduation status and a section for license/qualification acquisition dates.

配偶者 (有/無), 配偶者の扶養義務 (有/無), 扶養家族数 (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. 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

【 】 宮崎江南病院

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