

受験番号	
------	--

※地区事務所記入

令和 7 年度診療放射線技師採用候補者名簿登載選考受験願書

受験日 令和 6 年 9 月 2 5 日（水）

職 名	診療放射線技師	令和 6 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 ・裏面にのりづけ
ふりがな		性 別	
氏 名		☐ 男 ☐ 女	
生年月日	生 （ 歳）	令和 7 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		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込	
		年 月 ～ 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込	
		年 月 ～ 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込	
		年 月 ～ 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 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 ☐ 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）

- | | | | |
|--------------|---------------|--------------|--------------|
| 【 】 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 | 【 】 松浦中央病院 |
| 【 】 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 | |

（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