

受験番号	
------	--

令和8年度臨床検査技師採用候補者名簿登載選考受験願書

職 名	臨床検査技師	令和 7 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 8 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			
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)	メールアドレス	

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	
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	
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
--	---	---------------------

(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

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）

【 】 松浦中央病院

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、円滑な試験の進行が妨げられることがないような環境での受験をお願いします。

（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