

受験願書 令和 7 年度事務総合職採用選考

試験日 調整のうえ決定（※）

職 名	事務	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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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		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. 就業経験を通じて得たこと			

4. 下記のうち、いずれかの□にレ点を付してください。

☐ 下記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

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等、円滑に試験を実施できる場所で受験して下さい。