

様式1

受験番号

※地区事務所記入

令和8年度診療放射線技師採用候補者名簿登載選考受験願書（追加募集）

受験日

調整のうえ決定

職名	診療放射線技師	令和8年	月日現在	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 ・裏面にのりつけ
ふりがな			性別	
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	生 (年) 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)
自 年月日 ① 至 年月日		自 年月日 ④ 至 年月日	
自 年月日 ② 至 年月日		自 年月日 ⑤ 至 年月日	
自 年月日 ③ 至 年月日		自 年月日 ⑥ 至 年月日	
取得 (見込) 日 年月日	免許 (取得見込) ・資格	取得 (見込) 日 年月日	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. 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1~4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