

受験番号	
------	--

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）

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36～40 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						
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		<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	
① 自 年 月 日					④ 自 年 月 日	
至 年 月 日					至 年 月 日	
② 自 年 月 日					⑤ 自 年 月 日	
至 年 月 日					至 年 月 日	
③ 自 年 月 日					⑥ 自 年 月 日	
至 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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）

- | | | | |
|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| 【 - 】 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