

## 様式1

受験番号

※地区事務所記入

## 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（追加募集）

受験日

調整のうえ決定

職名	臨床検査技師	令和8年	月	日現在	<p>写真を貼る位置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・縦36~40mm</li> <li>・横24~30mm</li> <li>・本人単身胸から上</li> <li>・裏面に氏名記入</li> <li>・裏面にのりつけ</li> </ul>
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			<p>携帯番号</p>		
現住所	〒				
ふりがな			<p>電話番号</p>		
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)				
			<p>メールアドレス</p>		

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）

【 】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、円滑な受験に支障のない環境で受験して下さい。