

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	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
- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入。
 - 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、円滑な受検に支障のない環境で受験して下さい。

(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