

令和9年度理学療法士採用候補者名簿登載選考受験願書

※地区事務所記入

受験日 令和8年9月29日(火)

職名	理学療法士	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9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. 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、いずれかの口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