

受験日

調整のうえ決定

職 名	管理栄養士	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		☐ 男 ☐ 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			
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	☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込				
		年 月 ～ 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込				
		年 月 ～ 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込				
		年 月 ～ 年 月	☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 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
☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 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□にレ点を付してください。

☐ 下記の病院を希望

湯布院病院

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、試験の実施に支障をきたさ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