様式１

受験番号	

※地区事務所記入

受験願書　令和9年度診療放射線技師採用候補者名簿登載選考（追加募集）

受験日　　調整のうえ決定

職　名	診療放射線技師

令和９年　　月　　日現在

ふりがな	性　別	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
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。

（複写使用可、Ａ４両面印刷　）

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。

□ 下記の病院を希望する

下関医療センター

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、試験中に他者の入室が不可能で、過度の騒音のない場所で受験して下さい。

（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