様式１

受験番号	

※地区事務所記入

受験願書　令和9年度作業療法士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	作業療法士

令和９年　　月　　日現在

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	

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	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、下記のうち、いずれかの□にレ点を付してください。

□ 下記の６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）

【　】九州病院　　【　】諫早総合病院　　【　】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

（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