様式１

受験番号	

※地区事務所記入

受験願書　令和９年度薬剤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	薬剤師

令和８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８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　【　】久留米総合病院　【　】佐賀中部病院

【　】人吉医療センター　【　】南海医療センター　【　】湯布院病院　【　】宮崎江南病院

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検してください。

2．原則、自宅もしくは自室で受検ください。これ以外の場所でも受験可能ですが、円滑な試験の進行を妨げることのない環境での受験をお願いします。

（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