

## 願 書

フリガナ				写真貼付 1.縦40mm 2.横30mm 3.本人単身、胸から上 4.撮影後3ヶ月以内
氏名			印	
生年月日	※ 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	性別	※ 男・女

フリガナ				
現住所 (書類送付先)	〒			
電話番号 (携帯)	— —	電話番号 (その他)	— —	
メールアドレス				
帰省先住所	〒 ( 様方)			

職 種	薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・児童指導員・保育士
-----	--

年	月	日	資格・免許等 (希望する職種に関係するものに限る)

年	月	日	学歴・職歴・賞罰・その他免許、資格等 (各項目別にまとめて記入すること)

## 記入上の注意

1. 文字は楷書、数字はアラビア数字で黒インクまたは青インクの筆記具を用いて、自筆で正確に記入してください。
2. 氏名は、戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
3. 学歴は高校から(義務教育課程以外の部分)記入してください。
4. 年号は和暦で記載してください。
5. ※ 印欄は該当するものを○で囲んでください。

氏名

1. 専門とする職業に対する考え方をお書きください。

2. 国立病院機構を志望する動機をお書きください。

3. あなた自身のPR(性格、特技、趣味、得意学科 等)をお書きください。

扶養家族(配偶者を除く)

名

配偶者

※

有

無

配偶者の扶養義務

※

有

無

○就職が可能な時期について(平成 年 月 日より可能)

○就職を希望する地域について(該当する項目の □ にチェックしてください)

 九州グループ内のどこでも構わない。 できれば特定の地域を希望(複数選択可・優先順位順に【 】内に数字を記入すること)

【 】福岡県 【 】佐賀県 【 】長崎県 【 】熊本県

【 】大分県 【 】宮崎県 【 】鹿児島県 【 】沖縄県