

受験願書 平成 31 年度 (独)地域医療機能推進機構 九州病院

職 種	視能訓練士	平成 年 月 日現在
ふりがな		性 別
氏 名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳) 平成 31 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		その他連絡先
郵便物送付先 〒	(現住所以外へ郵便物の送付を希望する場合のみ記入)	

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
- ・ 裏面このりづけ

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	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 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)
自: 年 月 日		自: 年 月 日	
至: 年 月 日		至: 年 月 日	
自: 年 月 日		自: 年 月 日	
至: 年 月 日		至: 年 月 日	
自: 年 月 日		自: 年 月 日	
至: 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

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	
志望する動機：			
自己PR：			
学生生活（既卒者は就業経験）を通じて得たこと：			