

受験番号	
------	--

* 病院にて記入

エントリーシート 令和8年度採用診療情報管理員採用試験

試験日 ☐ 第1回（12月8日）

※詳細については後日メールにて案内いたします。

職名	診療情報管理員	令和7年 月 日現在	写真を貼る位置 ・縦36～40mm 横24～30mm ・本人半身胸から上 ・裏面に氏名記入 ・裏面にのりづけ
ふりがな		性別	
氏名		☐ 男 ☐ 女	
生年月日	生 (歳) 令和8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		メールアドレス	
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)		

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。

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. 選考について

オンライン試験（SPI）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佐賀中部病院