

(薬剤師・随時)

大田市立病院職員採用試験申込書

試験区分
薬剤師

※受験番号

写真貼付
1. 写真は2ヵ月以内に撮影したもの
2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)

① ふりがな 氏名	②性別
③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日

④受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)

〒	—	電話番号 () — ()方呼出
---	---	-------------------

ふりがな	都道府県	市郡	区町村	番地

ふりがな	アパート名等

⑤現住所(④の送付先住所と異なる場合のみ記入。④と同じ場合は記入不要)

〒	—	電話番号 () — ()方呼出
---	---	-------------------

ふりがな	都道府県	市郡	区町村	番地

ふりがな	アパート名等

⑥学歴(中学校入学以降の期間を記入)

在学期間	学校名・学部学科名等
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

⑦職歴(職歴がある場合のみ記入)

在職期間	会社名等	従事内容
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

⑧薬剤師免許

薬剤師免許	昭和 平成 年 月 取得
-------	--------------

⑨その他の資格・免許等

	取得(見込)年月日
	昭和 平成 年 月 取得 取得見込

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。

数字は算用数字を使用してください。

※欄は記入しないで下さい。

記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。