

(薬剤師)

大田市立病院職員採用試験申込書

①試験区分	②実施区分	※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)
薬剤師	免許取得見込者 免許取得者		

③ふりがな 氏名	④性別
⑤生年月日	昭和 平成 年 月 日

⑥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			

⑦現住所(⑥の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑥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			

⑧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	

⑨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		

⑩資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)					
資格等の名称			取得(見込)年月日		
薬剤師			平成 令和	年 月	取得 取得見込
			平成 令和	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。

「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

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。