

2019年度職員採用試験申込書

(2019年度採用予定)

1 試験職種 (該当職種に○印)	薬剤師	※受験番号	(写真欄)	
2 現住所 〒 — 電話 () () () ふりがな _____	4 氏 名 ふりがな _____		1 受験申込みのときに写真を貼ってください。 2 写真は申込前3か月以内に撮影したもので、上半身、脱帽、正面向きのもの。 (縦4.5 cm横3.5 cm)	
3 連絡先 〒 — 電話 () () () ふりがな _____	5 生年月日 昭和 年 月 日 (歳) 平成 2019年4月1日現在の年齢 性別 男・女			
6 学 歴 (最終学歴とその前の学歴二つの計三つを 最近のものから 順に書いてください)				
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地 (市区町村まで)	期 間 (和暦)	該 当 を ○ で か こ む
(最終学歴)			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
			年 月から 年 月まで	() 学年 卒・卒見込・中退・修了
7 職 歴 (今までの一切の経歴を 最近のものから 順に書いてください。経歴のない場合は斜線を引いてください。) なお、所定の欄に収まらない場合は、続紙(書式は問わない)を添付してください。				
勤 務 先 (部課名まで)	職 務 内 容	所 在 地 (市区町村まで)	在 職 期 間 (和暦)	退 職 理 由
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	

※学歴・職歴について、記載誤りがないようご注意ください。

8 資格免許

試験職種の登録番号と登録年月日を記入し、資格免許証の写し（原寸大）を添付してください。

免許証 登録番号 第 号

登録年月日 年 月 日

9 応募の理由

この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名 _____

(自署のこと)

記入上の注意

1. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄を除いて、すべての欄に青又は黒のボールペンを使って文字はかい書で、数字は算用数字で記入してください。