

**令和3年9月1日以降採用  
地方独立行政法人 筑後市立病院正規職員 採用試験申込書**

|   |                      |             |  |                   |
|---|----------------------|-------------|--|-------------------|
|   | ※受付年月日               | ※受付番号       | 受験番号   | 職 種<br>薬 剤 師<br>※ |
| (注意事項)<br>1. 申込書の記入は、自筆で、黒のインキまたはボールペンを用い、楷書でていねいに書いてください(太枠内は必須です)。また、写真も貼付してください。<br>2. 数字はアラビア数字を用い、該当箇所を✓、又は該当文字を○で囲んでください。<br>3. 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。 |                      |             | 写 真<br><br>6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を貼ってください。 |                   |
| 職 種   | (B) 薬 剤 師            |             |  |                   |
| フリガナ  |                      | 男<br>女      | 昭和<br>平成                                     |                   |
| 氏 名   |                      |             | 年 月 日生(満 歳)                                  |                   |
| 国 籍   | 日本・外国(国名 )           |             |  |                   |
| 現住所 〒 ( - )   |                      | *必ず郵便物が届く住所 |  |                   |
|   |                      | 方 Tel       | (携帯 )  |                   |
| 連絡先 〒 ( - )   |                      |             |  |                   |
|   |                      | 方 Tel       | ( 方呼出)                                       |                   |
| 学<br>歴  | 修 学 期 間              | 学 校 名       | 学部学科名  | 卒業・その他            |
|   | 【最終】 自 年 月<br>至 年 月  |             |  | 在学・卒業・中退          |
|   | 【その前】 自 年 月<br>至 年 月 |             |  | 在学・卒業・中退          |
|   | 【その前】 自 年 月<br>至 年 月 |             |  | 在学・卒業・中退          |
| 職<br>歴  | 在 職 期 間              | 勤 務 先       | 所 在 地  |                   |
|   | 【最終】 自 年 月<br>至 年 月  |             |  |                   |
|   | 【その前】 自 年 月<br>至 年 月 |             |  |                   |
|   | 【その前】 自 年 月<br>至 年 月 |             |  |                   |

裏へ続く

