

**随時採用  
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 薬 劑 師 ※
(注意事項) 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。 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。 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  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 劑 師			
フリガナ		男 女	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳) 平成 _____	
氏 名				
現住所 〒 ( _____ ) _____ 方 TEL _____ (携帯 _____ )				*必ず郵便物が届く住所
連絡先 〒 ( _____ ) _____ 方 TEL _____ ( _____ 方呼出)				
学 歴	修 学 期 間	学 校 名	学部学科名	卒業・その他
	【最終】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			在学・卒業・中退
	【その前】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			在学・卒業・中退
	【その前】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			在学・卒業・中退
職 歴	在 職 期 間	勤 務 先	所 在 地	
	【最終】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			
	【その前】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			
	【その前】自 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月			

裏へ続く

資格免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
趣味			特技	

【当院への志望動機】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

この申込書に記載した事項は、真実かつ正確であることを誓います。

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

\*この募集をどちらでご覧になりましたか？  
○をつけてください。

当院ホームページ・・人からの紹介・  
その他（                    ）