

平成 年度 任期付職員採用試験 申込書

| | | | | | |
|----------------|--|-----------|-------------|--|----------------------------------|
| 職 種 | | ※受験番号 | | 氏名(上段:ふりがな) | |
| 薬剤師 (大卒業程度) | | | | | |
| 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 性別 |
| | <input type="checkbox"/> 平成 | 申込日現在で満 歳 | | | |
| 現住所 | 郵便番号 | — | 電話番号 | — | 国籍 |
| | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外 | | | | |
| 書類等 送付先 | 郵便番号 | — | 電話番号 | — | |
| | | | | | |
| 免許・資格 | | | | | |
| 名 称 | | | 取得(予定)年月 | | |
| | | | 年 月 | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 | |
| | | | 年 月 | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 | |
| | | | 年 月 | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 | |
| | | | 年 月 | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 | |
| 学 歴 | | | | | |
| 学校名 | 学部 | 学科・専攻 | 所在地 市町村名 | 在学期間 | 卒・在学 等区分 |
| (最終) | | | | 昭・平 年 月から | 卒・卒業見込 ____年 在学 ____年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平 年 月まで | 卒・卒業見込 ____年 在学 ____年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平 年 月まで | 卒・卒業見込 ____年 在学 ____年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平 年 月から | 卒・卒業見込 ____年 在学 ____年中退 |
| (その前) | | | | 昭・平 年 月まで | 卒・卒業見込 ____年 在学 ____年中退 |

※「受験番号欄」は記入しないでください。

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込書に記載した事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自筆)

写 真 票

| | | | | |
|---|----------------|----|----|--|
| 写真貼付 3ヶ月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。 サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。 | 職 種 | | | |
| | 薬剤師 (大卒業程度) | | | |
| | ※受験番号 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| 面接票 | 履歴書 | 作文 | 面接 | |

平成 年度 任期付職員採用試験
受 験 票

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 職 種 | 薬剤師 (大卒業程度) |
| ※受験番号 | |
| 氏 名 | |
| 【注意事項】 | |
| 日 時 | 選考試験の日時(日程)は、この受験票と共に別紙で通知します。 |
| 会 場 | 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210 球磨郡公立多良木病院 |
| 持参品 | 受験票・筆記用具(HBの鉛筆、消しゴム) |
| 駐車場 | 球磨郡公立多良木病院敷地内駐車場に駐車してください。 |

【お問い合わせ先】 総務課 TEL 0966-42-2560