**世羅中央病院企業団職員採用試験申込書**

太枠内を黒の万年筆又はボールペンで記入（数字は算用数字を用い、質問に該当する□の中にレ印を付ける）してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １受験職種 | 薬剤師 | 受験番号 |  | (写真)３ヶ月以内に撮影した帽子を付けないで上半身正面向き、　縦４㎝、横３㎝程度のもので、本人とはっきり確認できるものを貼ってください。 |
| ふりがな |  | ３性別 | □　男□　女 |  |
| ２氏　　名 |  |  |
| ４生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） | 平成　　年　　月　　日撮影 |
| ５現住所（番地まで） | 〒　　　－　　　　　℡（　　　　　）　　　－　　　　携帯℡　　　　　－　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（同居先　　　　　　方） |
| ６現住所以外の連絡先 | 〒　　　－　　　　　℡（　　　　　）　　　－　　　　 |
| ７　学歴（最終学歴とその前二つを最近のものから記入してください。） |
| （最終学校名）学校名 | 学部・学科名 | 所在市町村 | 在学期間 | 該当を〇で囲む |
|  |  |  | 年　　月から年　　月まで | 卒・卒見込・中退・（　　）年在 |
|  |  |  | 年　　月から年　　月まで | 卒・中退 |
|  |  |  | 年　　月から年　　月まで | 卒・中退 |
| ８　免許、資格等（名称、証書番号、取得年月日、交付機関名を記入してください。） |
| 免許、資格等の名称 | 証書番号 | 取得年月日 | 交付機関名 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　年　　月　　日 |  |

|  |
| --- |
| ９　職　歴（最近のものから記入してください。）　　　　　※記入欄が不足する場合は、この頁を複写してご使用ください。 |
| 勤務先 | 直近（現在） | 所在地（市町村名） |  | 職務経験期間 | 　　　年　　月　　日　　　　～年　　月　　日（期間　　年　　月） |
| 部課・職名 |  | 雇用形態（正職・臨時等） |  |
| 職務内容 |  | 勤務形態 | 時間／週 |
| 勤務先 |  | 所在地（市町村名） |  | 職務経験期間 | 　　　年　　月　　日　　　　～年　　月　　日（期間　　年　　月） |
| 部課・職名 |  | 雇用形態（正職・臨時等） |  |
| 職務内容 |  | 勤務形態 | 時間／週 |
| 勤務先 |  | 所在地（市町村名） |  | 職務経験期間 | 　　　年　　月　　日　　　　～年　　月　　日（期間　　年　　月） |
| 部課・職名 |  | 雇用形態（正職・臨時等） |  |
| 職務内容 |  | 勤務形態 | 時間／週 |
| １０　志望の動機 |
|  |
| １１　医療従事者として、特に大切にしたいこと |
|  |
| 　私は、この採用試験の受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　氏名（署名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　 |