

# 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	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。 (タテ4cm、ヨコ3cm)	
(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。				
職 種	<input type="checkbox"/> (A) 薬剤師			
フリガナ 氏 名	男 女	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)		
現住所 〒 (      —      ) *必ず郵便物が届く住所を記入する事  方 Tel (携帯 )				
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			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自 年 月 至 年 月			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自 年 月 至 年 月			卒業・卒業見込・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

