

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	□ (A) 薬剤師						
フリガナ		性別(※)		昭和			
氏 名				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						

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

