

# 令和3年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※		希望受験日: 令和 年 月 日		採用条件(どちらかに○をしてください)		希望試験地 (いずれかに○をしてください)		写真欄		
試験職種 薬剤師		1. 令和4年4月1日採用 2. 中途採用(希望日を記載)		希望採用日: 令和 年 月 日		1. 五島市(五島中央病院) 2. 長崎市(会場は後日連絡) 3. 福岡市(会場は後日連絡)		※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものがが必要です。  写真は申込みの際に必ず貼ってください。		
ふりがな		性別	男 女	生年月日		昭和・平成 年 月 日生 (令和4年4月1日現在 満 歳)				
現住所										
電話番号		携帯番号								
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)										
合格通知書送付先電話番号										
学歴 (中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分						
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退						
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退						
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退						
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間						
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)						
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)						
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)						
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 年 月 月(在職中・退職)						
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日							
			平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込					
			平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込					
			平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込					
志望動機、自己PRなど				特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等						
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有・無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有・無						
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。								受付印		
令和 年 月 日								※		
氏名(自署)						印				

**記入心得**

4	3	2	1
記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。	インクまたはボールペンで丁寧に漏れがないように楷書で記入してください。	□は該当するものをチェックしてください。	※欄は記入しないでください。