

令和2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) 1. 令和3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		希望試験地 (いずれかに○をしてください) 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)		写真欄 ※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。	
試験職種	薬剤師								
ふりがな		性別	生年月日						
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和3年4月1日現在 満 歳)						
〒 ー ー ー ー ー ー 現住所						(様方)		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。	
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。)									
〒 ー ー ー ー ー ー 合格通知書送付先						(様方)			
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 月 月(在職中・退職)					
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月(在職中・退職)					
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月(在職中・退職)					
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月(在職中・退職)					
				自平・令 年 月 月 至平・令 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					
		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。 令和 年 月 日 氏名(自署) 印						受付印 ※			