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		
試験職種　　薬剤師	採用条件（どちらかに〇をしてください） 1．中途採用（令和元年度） 2．令和3年4月1日以降採用 ※希望採用日：令和　　年　　月　　日	希望試験地 （いずれかに〇をしてください）	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）
ふりがな		令和3年4月1日における年齢	
氏　名	男 女	生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日生　　満　　歳	
ふりがな			
〒　　－ 現住所 （　　様方）			
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。） 〒　　－ 合格通知等 書類送付先			
電話番号			

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必要です。

写真は申込みの際に必ず貼ってください。

	学　校　名	学部・学科名	在学期間	卒業等の別	所　在　地（電　話）
学歴（中学校以上を記入）			年　月 ～ 年　月	卒 卒見込 在・退学	
			年　月 ～ 年　月	卒 卒見込 在・退学	
			年　月 ～ 年　月	卒 卒見込 在・退学	
			年　月 ～ 年　月	卒 卒見込 在・退学	

	会　社　名　等	在　職　期　間	所　在　地（電　話）
職歴		自　年　月　日 至　年　月　日	
		自　年　月　日 至　年　月　日	
		自　年　月　日 至　年　月　日	
		自　年　月　日 至　年　月　日	
		自　年　月　日 至　年　月　日	

	名　称（種　類）	取得年月日	交　付　機　関
検定・資格・免許等		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

記入心得

1. 氏名・生年月日等は戸籍記載のとおり正確に記入してください
2. 該当する事項は〇で囲んでください　数字は算用数字で書いてください
3. ※印欄を除くすべての欄に記入してください　青又は黒インク・ボールペンを使用してください
4. 記載事項に不正があると受験が無効となる場合があります

志望動機	特技、趣味、好きな学科等

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

次の次項に答えてください。（該当する□にレをしてください。）

地方公務員法第16条に該当する者ですか。

- 〇 禁錮以上の刑に処せられ、その執行の終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者ですか。　□はい　□いいえ
- 〇 長崎県病院企業団（旧長崎県離島医療圏組合）職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者ですか。　□はい　□いいえ
- 〇 日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入したことがありますか。　□はい　□いいえ

上記において、「はい」にレをした場合は詳しく書いてください。（　　）

この申込書の記載のとおり相違ありません。　　令和　　年　　月　　日

氏名　　印
（自署）