

令和7年度名寄市病院事業職員採用試験 受験申込書

(名寄市立総合病院 薬剤師)

フリガナ	☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日
氏 名		昭・平 年 月 日生 (令和 年 月 日現在 満 歳)
フリガナ		
〒□□□-□□□□		
現住所		
電話番号 () -		
フリガナ		
〒□□□-□□□□		
連絡先		
電話番号 () -		

写真貼付
3.0×4.0cm

学 歴

学 校 名	学 科	専 攻	期 間	備 考
高等学校			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退

経 歴 (今までの一切の職務上の経歴を年代順に詳しく記入してください。自営業も含みます。) ☐ 就職したことがない

勤 務 先 (部課まで詳しく)	所在地及び電話番号	在 職 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	職 務 内 容	退 職 理 由
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		
	TEL () -	昭 平 令 . . ~ . .		

(裏面へ続く)

年	月	資 格 ・ 免 許	年	月	資 格 ・ 免 許

扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
人	有 ・ 無	有 ・ 無

- 1 記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
- 2 自筆で漏れなく記入してください。□欄は、該当する場合にレ印を記入してください。
- 3 黒色のインク又はボールペンを使用し、楷書でていねいに記入してください。数字は算用数字を用いてください。

北海道名寄市西7条南8丁目 名寄市立総合病院 事務部総務課職員係 TEL 01654-3-3101 (内 2213)