

令和6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・令 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 校 名	学 科	専 攻	期 間	備 考
高等学校			昭・平・令 年 月から	☐ 卒業見込
			昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から	☐ 卒業見込
			昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から	☐ 卒業見込
			昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から	☐ 卒業見込
			昭・平・令 年 月まで	☐ 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		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	・ ・ ~ ・ ・			

受験者の資格、免許

年	月	資 格 ・ 免 許	年	月	資 格 ・ 免 許

家庭の状況

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

健康状態		得意科目		趣味	
志望の動機					
本人希望記入欄 (希望などがあれば記入してください)					
試験日希望	希望日()、()、()、()			希望日を記入してください	
私は、地方公務員法第 16 条の規定に該当しておりません。 また、この受験申込書のすべての記載事項に相違ありません。					
令和 年 月 日					
				氏名	印

(記載上の注意)

- 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。

《提出先》

〒096-8511

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)