

令和9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 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 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	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 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。自営業も含まれます。) 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)

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	(1) 6月15日(土) (2) その他希望日 () () ()	可能な日を○で囲んでください
<p>私は、地方公務員法第16条の規定に該当していません。 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。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 印</p>		

(記載上の注意)

- 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。
- 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。
- 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)