

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	☐ 男	生 年 月 日
氏 名	☐ 女	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 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		職務内容	退職理由
		年 月 日	～ 年 月 日		
	〒() —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	〒() —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	〒() —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	〒() —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	〒() —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	〒() —	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) 1 1 月 1 4 日 (土) (2) その他希望日 () () ()			可能な日を○で 囲んでください	
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。 令和 年 月 日 氏名 印					

(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 事務部総務課総務係 TEL 01654-3-3101 (内 2213)