

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員採用候補者試験申込書

(本人自筆)

受験する職種		※ 受験番号		
薬剤師				
氏名 (フリガナ)		性 別 (注1)	生年月日	
			年 月 日生 (満 歳)	
写 真 (縦 4.5 cm 横 3.5 cm) 写真は申込前6か月以内に 撮影した脱帽上半身正面向 きのもので、本人と確認で きるものを中央に貼ってく ださい。	郵便番号 () 方 住所 _____ _____ 電 話 () 局 番 携帯電話 () 局 番 メールアドレス @			
学 歴	学 校 名	学部・課程名	在 学 期 間	
	高等学校		年 月 卒業	
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
職 歴	勤 務 先	期 間	勤 務 先	期 間
		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで		年 月 から 年 月 まで

(注1) 記載は任意です。未記載とすることも可能です。

氏名		※ 受験番号	
----	--	--------	--

志望動機（必ず記入してください）		
その他自己PR等があれば記入してください。		
資格・免許等の名称	取得（見込）年月	趣味・特技・クラブ活動等
	年 月 取得 見込	
	年 月 取得 見込	
	年 月 取得 見込	
	年 月 取得 見込	
	年 月 取得 見込	
入職可能日（入職可能な日 <u>すべて</u> にチェック☑をしてください。）		
☐ 令和7年10月1日 ☐ 令和7年11月1日 ☐ 令和7年12月1日 ☐ 令和8年1月1日		
☐ 令和8年2月1日 ☐ 令和8年3月1日 ☐ 令和8年4月1日		

- 記入上の注意事項
- 1 ※印の欄には記入しないでください。記入欄にはペン書きで正確かつ明瞭に記入するとともに、該当箇所を○で囲んでください。（消せるボールペンは使用不可）
 - 2 記入事項がなければ斜線をひいてください。
 - 3 申込書、受験票とも必ず同一の写真を貼ってください。
 - 4 不実の記載があるときには、職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても解雇されることがあります。