

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
薬剤師

※ 受験番号

氏名 (フリガナ)	性 別 (注1)	生年月日
		年 月 日生 (満 歳)

<p style="text-align: center;">写 真</p> <p>(縦 4.5 cm 横 3.5 cm)</p> <p>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。</p>	<p>郵便番号 () 方</p> <p>住所 _____</p> <p>_____</p> <p>電 話 () 局 番</p> <p>携帯電話 () 局 番</p> <p>メールアドレス @</p>
---	---

学 校 名	学 部 ・ 課 程 名	在 学 期 間	
		年 月	卒業
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

勤 務 先	期 間		勤 務 先	期 間	
	年 月	から		年 月	から
	年 月	まで		年 月	まで
	年 月	まで		年 月	まで
	年 月	まで		年 月	まで
	年 月	まで		年 月	まで
	年 月	まで		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。）		
<input type="checkbox"/> 令和6年7月1日 <input type="checkbox"/> 令和6年8月1日 <input type="checkbox"/> 令和6年9月1日		

記入上の注意事項

- ※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）
- 記入事項がなければ斜線をひいてください。
- 申込書、受験票とも必ず同一の写真を貼ってください。
- 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。