

※欄は記入しないでください。

令和6年度 長崎県壱岐病院職員採用試験受験申込書

試験職種	薬剤師	受験番号	※	写 真 欄
ふりがな				無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
氏 名				
性 別	男 ・ 女			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生 （令和7年4月1日現在 満 歳）			
現 住 所	〒 - (様 方)			
電話番号			携帯電話	
合格通知書 送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 - (様 方)			
電話番号				
学 歴 (中学校以上を記入)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	修 学 区 分
	(現在または最終)		自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間
	(現在または最終)			自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月 (在職中・退職)
	(その前)			自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月
	(その前)			自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月
	(その前)			自 昭・平・令 年 月 月 至 昭・平・令 年 月 月
それぞれの職種の免許・資格		昭和・平成・令和 年 月 日 取得・取得見込み (○をしてください) 取得見込みの場合、日付は不要です。		
そ の 他 の 免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類			取 得 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日

受験の動機・自己PRなど	
得意な科目・研究課題	
クラブ活動・スポーツ・文化活動等	
趣味・特技	
健康状態	
私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実に相違ありません。	受付印
令和 年 月 日	※
氏名(自署)	

申込書記入上の注意

- 1 は該当するものをチェックしてください。
- 2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。