地方独立行政法人長野県立病院機構

令和3年度 薬剤師 採用試験申込書

フリガナ		男・女
氏　名		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　(満　　歳)	
現住所	〒	
電話番号	自宅・携帯（　　）　　－	
Eメールアドレス	@	

（写真貼付欄）

縦4cm×横3cm

・申込日前3か月以内に撮影したもの

・正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの

受験資格に必要な免許・資格	取得日
薬剤師	年　月　日 取得・見込み
※受験資格に必要な免許・資格以外	奨学金返還助成制度の申請：あり・なし

学歴（高校から記入）	学校名	学部・学科	所在地	区分	在学期間
				卒・卒見・中退 その他（　　）	年　月　～　年　月
				卒・卒見・中退 その他（　　）	年　月　～　年　月
				卒・卒見・中退 その他（　　）	年　月　～　年　月
				卒・卒見・中退 その他（　　）	年　月　～　年　月

職歴	勤務先	職務内容（詳細は職務経歴書へ記入）	勤務期間
			年　月　～　年　月
			年　月　～　年　月
			年　月　～　年　月
			年　月　～　年　月

[配属を希望する病院]

○第1希望　　○第2希望

（希望理由）　　（希望理由）

[採用試験の受験状況（結果）や進学の予定]

私は地方独立行政法人長野県立病院機構職員（薬剤師）採用試験を受験したいので申込みます。

私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏 名(自署)

［令和2年度採用募集］