

地方独立行政法人長野県立病院機構
令和4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		@			
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 (希望理由) _____ ○第2希望 (希望理由) _____					
[採用試験の受験状況(結果)や進学の手配]					
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と相違ありません。					
令和 年 月 日					
氏 名(自署) _____					

(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