

地方独立行政法人長野県立病院機構
令和8年度 薬剤師 採用試験申込書

フリガナ						<div>(写真貼付欄)</div> <div>縦4cm×横3cm</div> <div>・申込日前3か月以内に撮影したもの</div> <div>・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</div>	
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 () -					
メールアドレス		@				受験希望日	
必要な免許・資格		薬剤師 (取得・取得見込)				<input type="checkbox"/> 3月23日(月):未定	
※受験資格に必要な免許・資格以外						<input type="checkbox"/> 4月18日(土):長野	
						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		
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		
[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) _____							