

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					(写真貼付欄)
氏名					縦4cm×横3cm
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				・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
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 <input type="checkbox"/> 4月18日(土) :長野 <input type="checkbox"/> 奨学金返還助成制度の申請 あり・なし
※受験資格に必要な免許・資格以外					
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
[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)