

平成30年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、添付書類

- ア 平成30年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書 1部
- イ 「薬剤師免許証」の写し（A4サイズ）…………… 1部
- ウ 「薬剤師」学校卒業証明書又は卒業見込証明書…………… 1部
- エ 「薬剤師」学校成績証明書…………… 1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」…………… 1枚

※エの写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、条 件

平成30年9月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

平成30年度 一部事務組合下北医療センター
大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書

写真を貼ってください
写真は3ヵ月以内のもの

試験職種	薬剤師	受験番号	*
ふりがな 氏名		性別	男・女 (○で囲む)
生年月日	年 月 日 生(満 歳)		

現住所	〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。
	電話 () -

連絡先	〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。
	氏名 _____ 電話 () -

資格免許	
------	--

趣味・特技	
-------	--

志望動機	
------	--

学	学 校 名	学 部	学 科	期 間	○ で 囲 む
		中学校	_____	_____	年 月から 年 月まで
歴				年 月から 年 月まで	卒・見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒・見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒・見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒・見込・中退

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平	年	月	日から
				昭・平	年	月	日まで
				昭・平	年	月	日から
				昭・平	年	月	日まで
				昭・平	年	月	日から
				昭・平	年	月	日まで
				昭・平	年	月	日から
				昭・平	年	月	日まで
				昭・平	年	月	日から
				昭・平	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	平成	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印