

※ 受験番号

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内
 一枚をここに貼ってください。
 (1)写真は申込み前6か月
 以内に帽子をつけないで
 正面上半身を撮影した縦4
 cm、横3cmで、本人と確認
 できるものがが必要です。
 (2)写真の裏面には、氏名
 を書いてください。

職種						
1	薬剤師					
フリガナ		生年月日・年齢				
氏名			昭和 平成	年 月 日生		
			満 歳	(令和 年 月 日現在)		
現住所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)						
〒	-		TEL () -	携帯		
連絡先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)						
〒	-		TEL () -	携帯		
学歴 (高校から順にすべて記入)						
学 校 名		学 部 名	学 科 名	期 間	区 分	
				年 月から	卒	年中退
				年 月まで	卒見込	年在学
				年 月から	卒	年中退
				年 月まで	卒見込	年在学
				年 月から	卒	年中退
				年 月まで	卒見込	年在学
年	月	職 歴				
年	月	免 許 ・ 資 格				

(注) この申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。