地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験申込書

試験職種	薬剤師レジデント
ふりがな	性別
氏　　名	男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（平成30年4月1日現在 満　　歳）
現住所	〒　　－ （　　）方
	電話番号　　－　　－
	携帯電話　　－　　－
連絡先	〒　　－ （　　）方
	電話番号　　－　　－

＊

（写真貼付欄）

写真（※）を貼って提出してください。

※縦4cm×横3cm
上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの
裏面に氏名を記入

	学校名・学部学科名	在籍期間	修学区分
最終学歴		年　月から 年　月まで	卒業（修了） 卒業（修了）見込み

	勤務先名	在職期間	区分	職務内容
職歴		年　月から 年　月まで	常勤 非常勤	
		年　月から 年　月まで	常勤 非常勤	

	資格・免許名称	取得年月日	取得区分
免許資格		年　月　日	取得・取得見込
		年　月　日	取得・取得見込

受験上の配慮を必要とする方(車いすの使用等)は右欄に記載してください。	必要事項（　　）

私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は次のいずれにも該当しません。

・成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人

また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

平成　　年　　月　　日

氏　名

※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。

（注）受験資格に該当する資格・免許を一行目に記入してください。

試験結果発表の際、神奈川県立病院機構ホームページに合格者の受験番号を掲載しますが、合格しても自分の受験番号をホームページに掲載しないことができます。ホームページに受験番号を掲載したくない場合は、右の「掲載を希望しない」欄の○を塗りつぶしてください（掲載を希望する場合は塗りつぶさないでください。）。	掲載を希望しない ○