

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	かながわ	たかこ	性別	
氏名	神奈川 貴子		男・ 女	
生年月日	昭和	平成	1年 7月 14日	
現住所	〒231-0021 横浜市中区日本大通××			() 方
	電話番号	045 - ××× - ××××		
	携帯電話	080 - ×××× - ××××		
緊急連絡先	〒206-0812 東京都稲城市矢野口×××			() 方
	電話番号	042 - ××× - ××××		
最終学歴	学校名・学部学科名		在籍期間	修学区分
	□□□大学 ○○学部 △△学科		平成18年 4月から 平成22年 3月まで	卒業(修了) 卒業(修了)見込み
職歴	勤務先名	在職期間	区分	職務内容
	○○病院	平成23年 4月から 平成24年 5月まで	常勤 非常勤	調剤業務
	△△クリニック	平成24年 6月から 令和 2年 3月まで	常勤 非常勤	調剤業務
		年 月から 年 月まで	常勤 非常勤	受験資格に該当する資格・免許は、 1行目に必ず記入してください。
免許資格(注)	資格・免許名称	取得年月日	取得区分	
	薬剤師免許	平成22年 4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 ()	
<p>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。 なお、私は次のいずれにも該当しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>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。</p>				<p>身体に障がいがあり、受験上の配慮を必要とする場合は、()内に内容を記入してください。 また、申し込む前に、本部事務局人事給与課まで必ずご連絡ください。</p>
令和 2 年 4 月 1 日	神奈川 貴子		※日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。	
氏名				

(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。