

【記載例】

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			* 記入不要	
ふりがな	かながわ たろう	性別			
氏名	神奈川 太郎		男・女		
生年月日	平成10年 6月 25日		令和5年4月1日現在 (満 24歳)		
現住所	〒231-00xx 横浜市中区xxxx		() 方		
	電話番号	045 - xxx - xxxxx			
	携帯電話	080 - xx - xxxxx			
緊急連絡先	〒002-xxxx 北海道札幌市xx		採用前に「住民票記載事項証明書」を提出してもらうため、市区町村に登録されている氏名を記載して下さい。		
	電話番号	011 - xxx - xxxxx			
最終学歴	学校名・学部学科名		在籍期間		修学区分
	馬車道大学 薬学部 薬学科		平成29年 4月から 令和5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	
		から まで	常勤 非常勤		
		から まで	常勤 非常勤		
免資格	資格・免許名称		取得年月日		取得区分
	普通自動車免許		平成30年 5月 日		取得・取得見込
薬剤師免許		令和5年 4月 日		取得 取得見込	
受験上の配慮を必要とする人(車いすの使用等)は右記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 なお、私は次のいずれにも該当しません。 ・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 ・平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人(心神耗 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。			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 部まで必ずご連絡ください。		
令和 4 年 5 月 1 日			氏名 神奈川 太郎		※日付、氏名は必ず受験者本人 が記入してください。