

令和5年度 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	受験番号	※ 記入不要				
フリガナ		性別	生年月日		現在		
氏名		男・女	年	月	日 歳		
現住所 <small>※都道府県から記入。アパート・マンションまで記入してください。</small>	〒				最寄駅 線 駅		
					最寄駅までの交通手段 徒歩・バス・自転車・自家用車 その他 ()		
	TEL						
	E-mail						
緊急連絡先 <small>※現住所以外に連絡先がある場合のみ記入</small>	〒						
	TEL						
学歴 <small>(高校から最終学校まで)</small>	学校名	学部学科名	在学期間		卒業状況 <small>該当箇所には○をつけてください。</small>		
			年 月	～ 年 月	卒・卒見・中退		
				～	卒・卒見・中退		
				～	卒・卒見・中退		
				～	卒・卒見・中退		
職歴 <small>(今までの一切の職務上の経歴を記入)</small>	勤務先名称	勤務形態 <small>該当箇所には○をつけてください。</small>		在職期間		業務内容・部課名等	
		常勤	契約・非常勤 週 時間	年 月	～ 年 月		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
		常勤	契約・非常勤 週 時間		～		
免許・資格名 (級) <small>※法令によって定められた免許等を記入</small>				取得年月			
				年 月	取得・取得見込		
					取得・取得見込		
					取得・取得見込		
卒論テーマ・ゼミ (特に興味のある科目)		クラブ・サークル等の活動		趣味・特技			
他病院等の 受験状況	病院名等	受験年月	合否結果		健康 について	現在治療中の傷病等の有・無 (身体・精神疾患等)	
			1次	最終		病名	
						過去に入院または通院歴 (1ヶ月以上) がある 傷病等の有・無 (身体・精神疾患等)	
						病名	
						時期	～

氏名	
----	--

志望動機 (2000字程度)	

自己PR (2000字程度)	

これまで力を注いできたこと、そこから得たもの (2000字程度)	

前倒し採用	可 ・ 不可
-------	--------

雇用開始可能月

月 以降

令和5年度
地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験（薬剤師レジデント）

証明写真貼付用紙

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日

受験番号（記載不要）

写真貼付欄※

写真
（縦4.5cm×横3.5cm）
写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。

※写真裏面に氏名を記載してください。

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。

- ・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
- ・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（心神耗弱を原因とするものを除く。）

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。

年 月 日 氏名