

# 広域紋別病院職員採用試験申込書（随時）

* 受付
------

受験番号
*

受験区分
------

合格通知の送り先
<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先

(写真のり付け)
写真は最近3か月以内に撮影したもので上半身・無帽・正面向きの顔写真のこと ・裏面に氏名記入 ・縦4cm×横3cm

- (注) (1) 入力又は記入により作成してください。(記入の場合は黒色ボールペンで楷書で丁寧に書いてください)  
 (2) \*印の欄以外の欄を、もれなく入力又は記入してください。  
 (3) □欄に該当する場合は、□内にレ印を付けてください。  
 (4) 記載事項に不正があるときは、職員として採用される資格を失うことがあります。  
 (5) 住居を変更した場合はすぐに通知してください。

ふりがな				性別			生年月日(和暦)			
氏名							年 月 日 ( 満 歳)			
ふりがな										
現住所	〒 _____		電話 ( _____ )		-		方			
連絡先 <small>(現住所以外に送付物等を指定する場合は記載してください。)</small>	〒 _____		電話 ( _____ )		-		方			
最終学歴	学校名	学部・学科名等	所在地(町村まで)		期間(和暦)					
					年 月 月 年 月 月			<input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 卒・修了見込		
職歴	<input type="checkbox"/> 就業したことがない									
※(4つ以上ある場合は備考欄に記入)	勤務先	所在地		在職期間(和暦)		職務内容				
				年 月 月 年 月 月						
				年 月 月 年 月 月						
				年 月 月 年 月 月						
				年 月 月 年 月 月						
※国家資格等	名称	取得年月(和暦)		名称		取得年月(和暦)				
		年 月				年 月				
		年 月				年 月				
		年 月				年 月				
備考										

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

本人氏名(自筆)

印

# 広域紋別病院職員採用試験申込書（随時）

* 受付	受験番号 *	受験区分 <b>薬剤師</b>	合格通知の送り先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先	(写真のり付け) 写真は最近3か月以内に撮影したもので上半身・無帽・正面向きの顔写真のこと
------	-----------	--------------------	---	--

- (注) (1) 入力又は記入により作成してください。(記入の場合は黒色ボールペンで)  
(2) \*印の欄以外の欄を、もれなく入力又は記入してください。  
(3) □欄に該当する場合は、□内にレ印を付けてください。  
(4) 記載事項に不正があるときは、職員として採用される資格を失うことがあります。  
(5) 住居を変更した場合はすぐに通知してください。

必ずどちらかをチェックしてください。  
「連絡先」を選択した場合は下記「連

ふりがな	こういき はなこ			性別	生年月日(和暦)	
氏名	広域 花子			女	平成 17 年 10 月 10 日生 (満 21 歳)	
ふりがな	もんべつしおちいしちょう○ちようめ○ばんまるごう					
現住所	〒 094-0007		電話 ( 090 )		1234 - 5678	
	紋別市落石町○丁目○番○号 方					
連絡先	〒 094-0014		電話 ( )		-	
<small>(現住所以外に送付物等を指定する場合は記載してください。)</small>	紋別市緑町○丁目○番○号 広域太郎 方					
最終学歴	学校名	学部・学科名等	所在地(町村まで)	期間(和暦)		<input type="checkbox"/> 卒 <input checked="" type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 卒・修了見込
	○○大学	薬学部薬学科	北海道○○市	平成 24 年 4 月から 平成 30 年 3 月まで		
職歴 ※(4つ以上ある場合は備考欄に記入)	<input type="checkbox"/> 就業したことがない					
	勤務先	所在地	在職期間(和暦)		職務内容	
	○○調剤薬局	東京都○○区	令和 3 年 4 月から 令和 8 年 3 月まで	調剤業務		
	○○病院	北海道○○町	平成 30 年 4 月から 令和 3 年 3 月まで	病棟薬剤業務 院内処方業務		
			年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで				
※国家資格等	名称	取得年月(和暦)	名称	取得年月(和暦)		
	薬剤師免許	平成 30 年 4 月		年 月		
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
備考						

以上のとおり相違ありません。

令和 8 年 ○ 月 ○ 日

本人氏名(自筆)

広域 花子

印