

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

薬 剤 師 採 用 試 験 受 験 申 込 書

|                                  |                             |         |                                                                |
|----------------------------------|-----------------------------|---------|----------------------------------------------------------------|
| フリガナ                             |                             | 性別      | 受験番号※                                                          |
| 氏 名                              |                             | 男・女     |                                                                |
| 生年月日                             | S・H 年 月 日生(令和5年3月31日現在 満 歳) | 配偶者 有・無 | 扶養家族数 人                                                        |
| フリガナ                             |                             |         |                                                                |
| 現住所<br>(通知先)                     | 〒 TEL ( )ー                  |         | 写真を貼ってください<br>(4.0cm×3.5cm)<br>申請以前6箇月以内の<br>写真で上半身・無帽・正<br>面向 |
| フリガナ                             |                             |         |                                                                |
| 連絡先<br>(現住所以外に<br>連絡を希望す<br>る場合) | 〒 TEL ( )ー                  |         |                                                                |
| 携帯電話                             |                             |         |                                                                |
| E-mail                           | PC                          |         |                                                                |
|                                  | Mobile                      |         |                                                                |

※受験番号欄は記入しないでください。

| 学歴<br>最終学校から順<br>に記入(在学中<br>の学校名も記入<br>してください) | 学校名/学部学科 | 在学期間(卒業見込期間も記入)  | 区分       |
|------------------------------------------------|----------|------------------|----------|
|                                                |          | 年 月から<br>年 月まで 年 | 卒業・卒見・中退 |
|                                                |          | 年 月から<br>年 月まで 年 | 卒業・卒見・中退 |
|                                                |          | 年 月から<br>年 月まで 年 | 卒業・卒見・中退 |
|                                                | 中学校      | 年 月から<br>年 月まで 年 | 卒業       |

| 職歴<br>(新しい職歴から<br>順に記入) | 勤務先 | 在籍期間                                                                                                                    | 担当業務 |
|-------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                         |     | 年 月から<br>年 月まで 年 月                                                                                                      |      |
|                         |     | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他( ) |      |
|                         |     | 年 月から<br>年 月まで 年 月                                                                                                      |      |
|                         |     | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他( ) |      |
|                         |     | 年 月から<br>年 月まで 年 月                                                                                                      |      |
|                         |     | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他( ) |      |

| 資格免許 | 名称  | 取得(見込)年月日 | 区分      |
|------|-----|-----------|---------|
|      | 薬剤師 | 年 月       | 取得・取得見込 |
|      |     | 年 月       | 取得・取得見込 |
|      |     | 年 月       | 取得・取得見込 |

私は、薬剤師採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

印(必ず署名・押印してください)