

令和3年度実施 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4年3月31日現在 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ			写真を貼ってください (4.0cm×3.5cm) 申請以前6箇月以内の 写真で上半身・無帽・正 面向
現住所 (通知先)	〒 TEL () - -		
フリガナ			
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望す る場合)	〒 TEL () - -		
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 <small>最終学校から順 に記入(在学中 の学校名も記入 してください)</small>	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 年 月まで	年	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	年	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	年	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	年	卒業

職歴 <small>(新しい職歴から 順に記入)</small>	勤務先	在籍期間	担当業務
		年 月から 年 月まで	
		<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 年 月まで	
		<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 年 月まで	
	<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 年 月まで		
	<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)