山陽小野田市病院局企業職員採用試験受験申込書

職 種	薬剤師

ふりがな		写真貼付
氏名		6カ月以内撮影 上半身、脱帽、正面向き 縦3.5cm×横3cm 写真裏面に氏名明記
生年月日	性 別	
昭和 平成　　年　　月　　日生（満　　歳）	男　女	

ふりがな	
現住所　〒　　－	電話
	携帯電話
ふりがな	
連絡先　〒　　－　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	E-Mail（正確に丁寧に）

学歴・経歴　※学歴は中学卒業から最終学歴まで　※書ききれない場合は別紙（任意様式）に記入してください。

在学・在職期間	学歴（学校名）・職歴（会社名等）	学部・学科名、仕事内容
年　月から 年　月まで	中 学 校	
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		
年　月から 年　月まで		

私は次の各号のいずれにも該当しておりません。
1 禁固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
2 山陽小野田市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない人
3 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

この申込書の記載事項に相違ありません。
令和　　年　　月　　日　氏名（自書）

＊受付日

＊受験番号

○ 必要事項を太枠内に漏れのないよう記入してください。
○ ＊印には記入しないでください。　○ 黒のインク又はボールペンで記入してください。
○ 裏面にも記入してください。　○ 写真は、剥がれないように糊付けしてください。

ふりがな 氏名	＊受験番号

職 種	薬剤師

免許・資格　※応募資格の要件となっているものは必ず記載し、応募資格を有することを証明する書類の写し（A4コピー）を添付

取得年月日	名称	交付機関名
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		

自己ＰＲ

［志望の動機、特技、趣味、アピールポイントなど］