

## 令和6年度実施 岡崎市民病院職員（薬剤師・経験者）採用選考申込書

ふりがな			性別	ここに写真を貼ってください。 タテ ヨコ 50mm × 40mm ※ 上半身、脱帽、正面向きで3ヶ月以内に撮影したものに限り。
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
ふりがな				
現住所	〒 TEL 携帯			
連絡先	※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。 〒 TEL			
学歴	学校名	学部・学科名	修学期間	○で囲む
	高等学校		昭和・平成 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込・中退
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込・中退
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込・中退
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込・中退
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込・中退
※最終学歴が中学卒の人は、( )内に「中学卒」とだけ記入してください（具体的な学校名を記入する必要はありません。）。			( )	
資格等	資格又は免許の名称		取得年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

志望動機	
自己PR	
趣味・特技	
以上のとおり相違ありません。	
令和 年 月 日	
氏名 _____	

※ この採用選考申込書に記入した事項に不正がある場合は、採用資格を失うことがあります。