

静岡県立静岡がんセンター 薬剤師採用試験(再追加募集)受験申込書

令和 年 月 日現在

区分(A・Bいずれかに○)		ふりがな	
薬剤師 A	薬剤師 B	氏 名	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生(満 歳)			性 別 *

〈写真貼付欄〉

- 1 大きさ
縦 36～40mm
横 24～30mm
- 2 単身胸から上
- 3 裏面に氏名を
記入し、のりづけ

ふりがな		電話 ()
現住所 〒		— (方呼出)
e-mail	携帯電話	—
ふりがな		電話 ()
連絡先 〒 (帰省先) 又は (現住所以外の連絡先) がある場合に記入 *		— (方呼出)

*欄の記入は任意

[illegible]

注 1.年は和暦で記入 2.学歴は高校入学以降を記載
3.学歴・職歴欄が不足する場合は、別葉に記載可

資格・免許			
受験資格に必要な資格・免許			その他の資格・免許
資格・免許	取得日	備考	
	年 月	取得済 取得見込	

勤務可能時期	令和 年 月から勤務可能	*採用試験の可否には影響しません。
特記事項		

◇あなた自身について

長所について	短所について
趣味・特技	好きなスポーツ等
所属したサークル	委員、役員等の経験
地域・ボランティア活動等への参加	卒業論文・研究テーマ

◇あなたが静岡がんセンターを志望した理由について記入してください

◇あなたが静岡がんセンターでどのような医療を実践していきたいか記入してください

◇自己PR

私は、静岡県立静岡がんセンター職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は地方公務員法第 16 条に規定する欠格条項に該当しておりません。
 また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

※日付と氏名は必ず受験者本人が記入してください。

記入注意 1.鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入 2.数字はアラビア数字で、文字はくずさず楷書で正確に記載してください。