

令和2年度 山鹿市民医療センター職員採用試験申込書

職 種		受験番号		氏 名 (上段:ふりがな)	
□薬剤師					
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	性別
	<input type="checkbox"/> 平成	令和2年4月1日現在で満		歳	
現住所	郵便番号	-	電話番号	-	-
	※現住所と同じ場合記入不要。緊急連絡先は、確実に連絡のとれる電話番号、またはメールアドレスを記入してください。				
書類等送付先	郵便番号	-	緊急連絡先	-	-
	※現住所と同じ場合記入不要。緊急連絡先は、確実に連絡のとれる電話番号、またはメールアドレスを記入してください。				
免許・資格 (※職種に関するもの)					
名 称			取得(予定)年月		
			年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
学 歴					
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間	卒・在学 等区分
(最終)				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前)				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退
(その前)				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退

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いません。また、この申込書に記載した事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名(自筆)

写 真 票

写真貼付 3ヶ月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。	職 種	
	□薬剤師	
	受験番号	
	氏 名	
適正検査	面接	

切り取らずに提出すること

令和2年度 山鹿市民医療センター職員採用試験申込書

受 験 票

職 種	□薬剤師
受験番号	
氏 名	
【試験の注意事項】	
日 時	令和 年 月 日() 時 分集合
会 場	山鹿市山鹿511番地 山鹿市民医療センター
持参品	受験票・筆記用具(HBの鉛筆, 消しゴム)
昼 食	必要に応じて、各自準備してください。

【お問い合わせ】 山鹿市民医療センター経営管理課 電話0968-44-2185

切り取らずに提出すること