

# 令和5年度山鹿市民医療センター職員採用試験申込書

応募職種		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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 平成	令和5年4月1日現在で満 歳			
現住所	郵便番号	-	電話番号	-	-
書類等送付先	郵便番号	-	緊急連絡先	-	-
	※緊急連絡先は、確実に連絡のとれる電話、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		
			平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			平成・令和	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			平成・令和	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。	応募職種	
	□薬剤師	
	受験番号	
氏名		
適性	面接	

切り取らずに提出すること

# 令和5年度山鹿市民医療センター職員採用試験申込書

# 受 験 票

応募職種	□薬剤師
受験番号	
氏名	
【試験の注意事項】	
日時	令和5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