

職 員 採 用 試 験 申 込 書

※ 受付	
---------	--

受験職種	薬剤師		受験番号	※ Y -		写 真 上半身正面脱帽
ふりがな					性 別	
氏 名					男 ・ 女	
生年月日	平成	年	月	日	満 歳	
ふりがな						
現 住 所	(〒 -)					
連 絡 先	電話番号 - -			左記以外の連絡先 携帯電話・その他(-)		
	E-mail:					
履 歴	学 歴	平成・令和	年	月から	高等学校・中等教育学校	卒
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
	職 歴	平成・令和	年	月から		在 ・ 中 退 卒見・ 卒
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
趣味		
所属クラブ等		
特技		
志望の動機		

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、市立青梅総合医療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、私は職員採用試験実施要領に掲げてある受験資格を満たしており、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。

必ず自署してください。→

令和 年 月 日

氏名

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	年 月 日	確認者	
備考							