

受 付 印

令和2年度 小田原市立病院職員採用試験申込書

※

試 験 区 分

受 験 番 号

薬剤師

※

1 ふりがな  
氏 名

昭和・平成 年 月 日生

男・女 (満 歳)

※ 年齢は、令和2年4月1日現在で記入してください。

2 国 籍

ア 日本国 イ ( )

※

3 現 住 所

〒

電話 ( )

自宅・下宿・親戚  
アパート・学生寮

写 真

4 連 絡 先

〒

電話 ( ) 携帯電話

脱帽上半身  
3箇月以内撮影  
縦5×横4cm

5 学 歴 (最終学歴(在学中を含む。)から順に3箇所を記入してください。)

学 校 名	学部学科名	一部・二部・ 通信・全日・ 定時制の別	所 在 地 (都道府県及び市町村)	期 間 (元号で記入)	修学区分
最終学歴				年 月から 年 月まで	卒業 卒業見込
				年 月から 年 月まで	卒業
				年 月から 年 月まで	

6 職 歴 (これまでに就職した場合は、新しい順にもれなく記入してください。)

勤 務 先	職務内容	雇用形態	所 在 地 (都道府県及び市町村)	期 間 (元号で記入)	退職理由
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外		年 月から 年 月まで	

7	特殊技能	自動車運転免許、保育士、幼稚園教諭、栄養士、作業療法士、保健師、助産師、看護師、学芸員、司書、測量士、珠算等を記入してください（取得見込みを含みます。）。
	取得年月日	資格・特技
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込	
8	当院を志望する理由を挙げ、その説明を200字程度で記入してください。	
	志望する理由： _____	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
9	次の質問に答えてください（該当する文字を○で囲んでください。）。	
	(1) 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。 ア ある      イ ない	
	(2) 懲戒免職になったことがありますか。 ア ある      イ ない	
	(3) 政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。 ア ある      イ ない	
	(4) 大きな病気をしたことがありますか。 ア ある      イ ない	
	この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。	
	令和    年    月    日	
	氏 名	

- (記入上の注意)
- ※印欄を除いて、すべての欄に記入してください。
  - 記入は、黒又は青のインクを用いてください。
  - 受験票等通知の先を、表面の3又は4に○印をして指定してください。