

試験区分	薬剤師	※受験番号	
------	-----	-------	--

写 真

たて 3.5cm
よこ 3.0cm

申込み前 6ヶ月以内に無帽で、
上半身正面向きを撮ったものを
貼ること。

社会福祉法人 広島県福祉事業団

職 員 募 集 受 験 申 込 書

志 望 職 種	第 1 希 望 施 設	第 2 希 望 施 設	
薬剤師			
ふ り が な 氏 名			
生年月日・年齢・性別	年 月 日 (満 歳) 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
ふ り が な 現 住 所	〒		
(番地まで記入のこと)	電話 ()		
ふ り が な 連 絡 先	〒		
(帰 省 先 等)	電話 ()		
学 歴	学 校 名 学 部 ・ 学 科 ・ 専 攻 (所 在 地)	在学期間	○で囲む
	()	年 月～ 年 月	卒 __年中退
	()	年 月～ 年 月	卒 __年中退
	()	年 月～ 年 月	卒・卒見込 __年中退
資格・免許等			
資格その他特殊な技能又は免許等（取得見込のものを含む）があれば、下記の欄に記入すること。			
名 称		取得（予定）年月日	年 月 日
名 称		取得（予定）年月日	年 月 日
名 称		取得（予定）年月日	年 月 日
名 称		取得（予定）年月日	年 月 日
名 称		取得（予定）年月日	年 月 日

職歴 今までのいっさいの職務上の経歴について記入すること。(自営業を含む。)

就職したことがない。

勤務先	部 課 名	職 務 内 容	在 職 期 間	年 数
			年 月～ 年 月	年 ヶ月
			年 月～ 年 月	年 ヶ月
			年 月～ 年 月	年 ヶ月
			年 月～ 年 月	年 ヶ月
			年 月～ 年 月	年 ヶ月
			年 月～ 年 月	年 ヶ月

自己PR 特技、クラブ活動、ボランティア活動、志望動機などや、採用された場合にやってみたいこと及び勤務地の希望等があれば記入すること。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

〔記入上の注意〕

- 1 記入はすべて黒か青インクを使用すること。
- 2 数字は算用数字を用い、質問に該当する の欄には 印をつけること。
- 3 年齢は、申込書の提出日現在で記入すること。
- 4 希望施設があれば、希望施設欄に記入すること。