

※受験番号

※受付番号

※ 受 付

伊勢市病院企業職員採用試験受験申込書

薬剤師 ☐平成30年4月採用 ☐平成30年度随時採用

ふりがな		性別	生年月日	日本国籍の有無	写 真 1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、貼付 (はがれた時のため) 【写真サイズ】 縦4.5cm×横3.5cm
氏 名		男・女	昭和 平成 ・ ・ 生 歳 (H30. 4. 1現在)	有 ・ 無 無しの場合国籍 ()	
現住所 (通知発送先)		採用後予定住所	<input type="checkbox"/> 同左		
郵便番号： 電話： 携帯電話：		郵便番号： 電話： 携帯電話：			
携帯電話以外の E-mailアドレス (必須)：					

学 歴	学 校 名	部科名	所在市町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
職 歴	勤務先の名称	職務内容	所在市町村	在職期間	備 考
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	

免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格
	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	

(本市病院企業職員を希望する理由を記入してください。)

(自分のアピールを記入してください。※長所、セールスポイント等)

(趣味・スポーツ)

(特技)

(健康状態)

(部活動・サークル、委員会等 ※役職・成果も併せて記入してください。)

私は、地方公務員法第16条 (欠格条項) の規定に該当していません。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日 氏 名 (自筆)

☐処理欄 ☐返信用封筒 2 通 ☐薬剤師免許証写し又は修了・卒業 (見込み) 証明書 ☐成績証明書

(注) 申込みの際の注意点は、裏面に記載してありますので、よく読んで記入してください。

申込みの際の注意点

1 申し込みの期間

申込期間 平成30年 3 月 9 日（金）必着

（午前 8 時30分から午後 5 時15分まで。日曜日、土曜日及び祝日は除きます。）

2 次の添付書類を添えて、受験者本人が市立伊勢総合病院経営企画課へ持参するか、 又は郵送してください。

添 付 す る 書 類
<ul style="list-style-type: none">・返信用封筒 2 通（長形 3 号、82円切手をはり付けて、連絡先の住所及び氏名を記入すること。）・最終学歴となる学校の成績証明書・薬剤師免許証の写し、ただし、免許証を有しない方は最終学歴となる学校の修了・卒業（見込み）証明書・日本国籍を有しない方（外国籍の方）は、永住者又は特別永住者の在留資格を証する書類

3 提出された書類は、合格・不合格の別なく一切返却しません。

4 性別、日本国籍の有無の欄は、いずれかを○で囲むこと。

5 ※欄は、記入しないこと。

6 この申込書の記載事項（年齢、学歴、職歴、宣誓事項等）に不正があると採用される資格を失うことがあります。

7 採用に際して取得した個人情報、採用試験及び採用に関する事務以外の目的では使用しません。