

市立貝塚病院
職員採用試験申込書

令和6年随時採用

(令和 年 月 日現在)

受験職種		※受験番号	写 真 (タテ4センチ× ヨコ3センチ) 上半身、脱帽、正面 向きで、半年以内に 撮影したもの
【薬剤師】		薬 一	
ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)		
ふりがな			
現住所	〒(-) 電話番号() - 呼出()方		
現住所以外に連絡を希望する方は下記に記入してください。			
ふりがな			
連絡先	〒(-) 電話番号() - 呼出()方		

学 歴	年 月	中学校 卒業
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

※ 以外の欄を記入し、受験票と一緒に市立貝塚病院事務局総務課に提出してください。

免許・資格等	取得年月	免許・資格等の名称	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
志 望 動 機			
専 門 職 を 選 ん だ 理 由			
自 己 P R			
賞 罰 (ある場合のみ記載ください。)			
長所・短所		特 技	