市立貝塚病院　令和8年随時採用
職員採用試験申込書

（令和　　年　　月　　日現在）

受験職種	※受験番号	写真
薬剤師	薬 －	（タテ４㌢×ヨコ３㌢）上半身、脱帽、正面向きで、半年以内に撮影したもの

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　月　日生（満　歳）
ふりがな	
現住所	〒（　－　）
	自宅電話番号 / 携帯電話番号
	メールアドレス

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	

免許・資格等	
	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。

志望動機

この職種を選んだ理由

自己PR

賞罰（ある場合のみ記載ください。）

長所・短所		趣味・特技	

市立貝塚病院職員採用試験に申込するにあたり、下記の事項を確認しました。

※確認事項を確認し、□に✓をつけてください。

- □ 地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。
- □ 受験申込にかかる提出書類に虚偽の記載があることが判明した場合、または、採用後に虚偽の記載が判明した場合は、失格、不採用、または採用を取り消します。
- □ 職務経歴がある場合、市立貝塚病院が必要と認めるときは、各勤務先（委託・派遣先含む）などに事実確認を行うことについて同意します。

令和　　年　　月　　日

署名