

市立貝塚病院

令和9年4月採用

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<br><br>(タテ 4 ㌢×<br>ヨコ 3 ㌢)<br>上半身、脱帽、正面<br>向きで、半年以内に<br>撮影したもの |
| 薬剤師         |                       | R9薬 -  |        |                                                                    |
| 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                   |        |        |                                                                    |
|             | 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 P R             |  |           |  |
|                     |  |           |  |
|                     |  |           |  |
|                     |  |           |  |
| 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