

豊後大野市病院企業職員 採用試験申込書 (H29薬剤師)

ふりがな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※受験番号	
	本籍地 都道府県	職種 <input type="checkbox"/> 薬剤師	資格状況 <input type="checkbox"/> 有資格者 <input type="checkbox"/> 資格取得見込者
生年月日 昭和・平成 年 月 日生			
住所 [郵便番号 -] 県 市			
[同居先 方] [電話番号 () 局 番] [携帯電話番号 - -]			
上記に不在の場合の連絡先 [郵便番号 -]			
[同居先 方] [電話番号 () 局 番]			
合格通知送付希望先 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 上記に不在の場合の連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (〒)			
最終学歴 学校名 [] 学部・学科名 [] 在学期間: 〇・〇 年 月 ~ 〇・〇 年 月 (学年) 卒見・卒・在・中退			
次の質問について該当するものを○で囲んでください。			
ア. 禁治産者や準禁治産者の宣告を受けたことがありますか ある・ない			
イ. 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか ある・ない			
ウ. 懲戒免職になったことがありますか ある・ない			
申込書に記載した事項は、事実と相違ありません。			
平成 年 月 日 氏名 ⓑ			
記入の心得 1. ※印欄以外はすべて記入してください。該当する□の中に✓印をつけてください。 2. 記入は黒色のボールペンをうい、かき書でていねいを書いてください。数字は算用数字で書いてください。 3. 記入事項に不正があると、採用される資格を失う場合があります。 4. 提出前に申込書に不備がないかどうか、添付書類及び押印等について、もう一度確認してください。			
添付書類 ①履歴書 ②健康診断書 ③免許証の写し(取得見込者は不要)または認定書の写し ④最終学歴の卒業証明書または卒業証書の写し、または卒業見込証明書(在学証明代用可…要相談)			
※受付月日 平成 年 月 日 ※受付者 ⓑ			

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）
年	月	免許・資格

志望の動機、特技、好きな学科など	通勤時間	
	約 時間 分	
	扶養家族数(配偶者を除く)	
	人	
配偶者	配偶者の扶養義務	
有・無	有・無	

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）

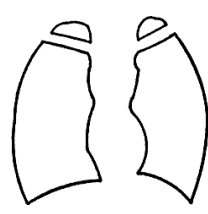
保護者（本人が未成年者の場合のみ記入）		電話
ふりがな	住所 〒	
氏名		

診 断 書

氏名	男 女	住所		
生年月日	年 月 日生(才)			
検査日	平成 年 月 日			
身長	. cm	既往症		
体重	. kg			
視力	右 . (.)			
	左 . (.)			
眼疾	無・有 ()			
聴力	右			
	左			
耳疾	無・有 ()			
血圧	～ mm Hg			
検尿	蛋白	糖	ウロビリ ノーゲン	潜血
その他	就業上の注意事項			

撮影 平成 年 月 日

直接・間接 (No.)



胸部エックス線写真所見

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地
機関名
医師

印