

# 地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験申込書(経験者)

試験職種	薬剤師(CRC)			*  (写真貼付欄) 写真( )を貼って提出してください。  縦 4cm × 横 3cm 上半身・脱帽・正面向きの、本人と確認できるもの裏面に氏名を記入
ふりがな			性別	
氏名			男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日	
現住所	〒 - ( )方			
	電話番号	-	-	
	携帯電話	-	-	
連絡先	〒 - ( )方			
	電話番号	-	-	
最終学歴	学校名・学部学科名	在籍期間		修学区分
		年 月から 年 月まで		卒業(修了)
資格・免許	資格・免許名称	取得年月日		取得区分
		年 月 日		取得・取得見込
		年 月 日		取得・取得見込
		年 月 日		取得・取得見込
受験上の配慮を必要とする方(車いすの使用等)は右記に記載してください。		必要事項( )		
私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は次のいずれにも該当しません。 ・ 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。) ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人 また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。  平成 年 月 日 氏名 _____ 日付、氏名は必ず受験者本人が記入してください。				

試験結果発表の際、神奈川県立病院機構ホームページに合格者の受験番号を掲載しますが、合格しても自分の受験番号をホームページに掲載しないことができます。ホームページに受験番号を掲載したくない場合は、右の「掲載を希望しない」欄の を塗りつぶしてください(掲載を希望する場合は塗りつぶさないでください。)	掲載を希望しない
--	----------

平成 30 年 4 月以前の採用を希望される方は、右の「前倒し希望」欄の を塗りつぶしてください(希望しない場合は塗りつぶさないでください。)	前倒し希望
---	-------

【裏面】

職務経 験  も記入してくだ さい。 受験資格の対 象となる職務 経験以外につ いて	勤務先（所在地） 部課名、役職名	具体的職務内容	在籍期間	職務経験
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
			年 月から 年 月まで 在職 年 か月	該当 非該当
	職務経験通算期間（職務経験非該当の期間を除く）			年 か月
自 己 P R  職務経験を踏 まえ、自己を PRするポイン トについて、 枠内に自由に 記入してくだ さい。	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
	-----			
氏名				