

昭和病院企業団職員採用選考受験申込書

令和 年 月 日作成

(写真はりつけ欄)

申込の際
貼付してください。

上半身脱帽正面向
(5cm×5cm)

職種区分	試験区分	資格・免許等	
薬剤師 (認定薬剤師)	大学卒業程度 その他	有・申請中・取得見込	
ふりがな		性別	※受験番号
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		

←職種区分に関するものを記入

ふりがな					
現住所	〒				携帯 ()
					電話 ()
ふりがな					
連絡先	〒				※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入すること
	電話 ()				
学歴 <small>高等学校から最終学歴まで古い順に記入してください。在学中の場合も記入してください。</small>	学校名	学部学科	期間 (和 暦)	修学年数	修学区分
			年 月から 年 月まで		卒 年退 卒見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒 年退 卒見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒 年退 卒見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒 年退 卒見込 在学中
職歴	勤務先	期間 (和 暦)	雇用形態	職務内容	
		年 月から 年 月まで	常 勤 非常勤		
		年 月から 年 月まで	常 勤 非常勤		
		年 月から 年 月まで	常 勤 非常勤		
		年 月から 年 月まで	常 勤 非常勤		
		年 月から 年 月まで	常 勤 非常勤		
資格等	取得年月日	資格等の名称			取扱機関
	年 月 日				
	年 月 日				
志望動機			趣味・特技等		

(注) ①※印の欄は記入しないこと。 ②2、3頁にも記入事項があります。

地方公務員法第16条の欠格条項に該当する次の者は、
受験できません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む）
- (2) 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者
- (3) 昭和病院企業団職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (4) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

私は、昭和病院企業団職員採用試験を受験したいので、前頁のとおり申し込みます。

なお、私は試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 _____

※この欄は、申込者本人が直筆で記入してください。

昭和病院企業団職員 採用選考受験票

氏名	
職種区分	
試験区分	大学卒程度・その他
受験番号	

(注) 氏名、職種・試験区分は、本人が記入してください。

面接日 令和 年 月 日

場 所

受験注意事項

1. 当日は、受験票、HBの鉛筆（シャープペンシル可）、プラスチック消しゴムを必ず持参してください。
2. 当日は、遅くとも までに受験室に入室してください。
3. 受験票は、本面を表にして机上の通路側に置いてください。
4. 会場に持ち込める時計は、「計時機能」だけのものに限りです。
5. 解答には、必ずHBの鉛筆（シャープペンシル可）を使用してください。訂正するときはプラスチック消しゴムできれいに消してください。
6. 係員の指示に従って行動してください。指示に従わないときは退場していただくことがあります。