

令和2年度  
地方独立行政法人広島市立病院機構職員採用試験申込書

※受験番号

ふりがな		試験区分  薬剤師		性別 男 ・ 女	
氏名				写真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 1 申込みの際に最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身の写真を貼ってください。 2 写真の裏面に氏名を記入してください。 3 裏全面にのり付けし、はがれないようにしっかりと貼ってください。	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		年齢 〔 申込時ではなく、令和3年4月1日現在 〕 満 歳			
現住所 〒 — — 方					
Tel — — 携帯電話 — — E-mail :					
連絡先 (帰省先等、現住所以外の連絡先あれば必ず記入してください。) 〒 — — Tel ( ) —					

(申込書記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。)

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	修 学 区 分
	最終(現在)				市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
その前				市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他 ( )
その前				市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他 ( )

  

職 歴	勤 務 先 (部 課 名 まで)	職 務 内 容	所 在 地	勤 務 期 間
	最終(現在)			
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月

  

資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月
			昭・平・令 取得 __年__月 取得見込	
		昭・平・令 取得 __年__月 取得見込		昭・平・令 取得 __年__月 取得見込

希望勤務先を希望順に、1から4までの数字を記入してください。

広島市民病院 ( ) 安佐市民病院 ( ) 舟入市民病院 ( ) リハビリテーション ( )  
病院

- ・希望勤務先は、採用時の配属を行う際に参考とするもので、実際の配置は職員の欠員状況等により決定します。必ずしも希望に添うものではありません。
- ・また、採用後、各市立病院間で配置替えをすることがあります。

合格した場合の勤務開始可能年月

令和 年 月

