

令和7年度(2025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

ふりがな		試験区分		性別 男 ・ 女
氏 名		薬剤師		
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		年齢 〔 申込時ではなく、 令和8年4月1日現在 〕 満 歳		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。
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。） 〒 — 方				
TEL () —				

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	卒・卒見・中退・ __年在学中
	その前			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ～ __年__月	卒 業 その他（ ）
学 歴	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）					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
	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 __年__月 取得 取得見込			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込
			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込			昭・平・令 __年__月 取得 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（ ） 北部医療センター
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
-----------------	------------------

（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。）

