

令和2年度社会福祉法人水俣市社会福祉事業団職員採用試験受験申込書

受験職種	薬剤師	※受験番号		写真貼付欄	
ふりがな 氏名			性別(○で囲む) 男・女	申込前3月以内に写した写真を貼付すること。 上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できるものであること。 ※縦4cm×横3cm程度のもの	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	令和3年4月1日時点 の年齢 満 歳		
現住所	ふりがな 〒 -			合格通知書等送付先	
	Tel () - 携帯 - -				
連絡先 <small>(現住所と同じ場合は不要)</small>	ふりがな 〒 -			<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先	
	Tel () - 携帯 - -				
学 歴	在学期間	学校名	学部学科名	所在地	卒業区分
	最終	年 月から 年 月まで			都道府県 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退
	その前	年 月から 年 月まで			都道府県 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退
	その前	年 月から 年 月まで			都道府県 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退
免許・資格等	名称(種別)		取得年月日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
職 歴	在職期間	病院・企業等の名称		所属部署名	
	年 月から 年 月まで				
	年 月から 年 月まで				
	年 月から 年 月まで				

私は、社会福祉法人水俣市社会福祉事業団採用試験案内の受験資格の要件を満たしており、欠格条項に該当していません。

また、この申込書に記載したすべての内容に相違ありません。

令和 年 月 日

申込者氏名

- (注) 1 ※受験番号欄を除くすべての欄に記入してください。
 2 記入内容に不正がある場合は、受験を無効とします。
 3 記入は、黒又は青インクを用いて正確に書いてください。
 4 □は、該当するものにをレを記入してください

受付印