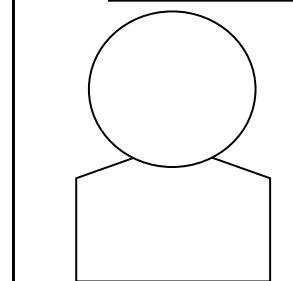


## 採用選考申込書兼履歴書

試験区分	薬剤師	受験番号
選考日	記入不要	記入不要

## 記載例



ふりがな	やくざい はなこ	性別
氏名	薬剤 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日	昭和 平成 6年 1月 1日生(満23歳)	

ふりがな	とうきょうと いたばしく さかえちょう 35-2	電話
現住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都 板橋区 栄町 35-2 Mailアドレス : jinjik@tmghig.jp	03(1234)5678
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。 〒 7 6 5 - 4 3 2 1 東京都 板橋区 仲町 1-1	電話 03(5678)1234

学歴 <small>入高等 学校 から 最終学 歴まで 古い順 に記</small>	学 校 名	学部・学科名	期 間	修学 年数	修学区分 (該当するものみ○)
	○○県立丸々高等学校	普通科	平成 21年 4月から 平成 24年 3月まで	3	卒業 <input checked="" type="radio"/> 年退学 卒業見込 在学中
	○○大学	薬学部薬学科	平成 24年 4月から 平成 30年 3月まで	6	卒業 <input checked="" type="radio"/> 年退学 卒業見込 在学中
			S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒業 <input checked="" type="radio"/> 年退学 在学中
			S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒業 <input checked="" type="radio"/> 年退学 卒業見込 在学中

資格 免許	名 称	免許取得年月日	取扱機関
		取得 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		取得 年 月 日	

志 望 動 機  ○○○○ .....	通勤時間	
	約 ○ 時間 ○ 分	
	扶養家族数(配偶者を除く)	
	○ 人	

趣味・特技  ○○○○....	配偶者 ※有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	配偶者の扶養義務 ※ 有 <input checked="" type="radio"/> 无 <input type="radio"/>
-----------------------	--	--

裏面

職歴	勤務先	在職期間	職務内容
		年月から 年月まで	(常勤・非常勤)

## 【選考申込みができない者】

- ・同一年度内において、当センターの採用選考を申し込んだことがある者

私は、東京都健康長寿医療センター職員採用選考を受験したいので、上記のとおり申込みます。なお、私は採用選考要綱に掲げてある申込資格を全て満たしており、かつ、上記記載事項に虚偽はありません。

令和〇年〇月〇日 氏名 薬剤 花子

(日付、氏名は必ずボールペンで自署のこと)

必ず最後にこちらにご署名ください。