

地方独立行政法人
山口県立病院機構 職員採用試験
【薬剤師】受験申込書

◎必ず申込者本人が記入してください。

【令和9年4月1日採用】

受験職種	薬剤師		写真貼付欄	
ふりがな			※ 受験番号	◎必ず写真を貼ってください ・申込み前6か月以内に撮影したもの ・上半身、脱帽、正面向きのもの ・縦4cm、横3cm
氏名				
生年月日	昭和 年 月 日 (令和9年4月1日現在年齢 歳)		※受験番号欄は記入しないでください。	
受験職種 に応じた 免許・資格	免許・資格名	取得(見込)年月日	取得区分	
	薬剤師免許	年 月 日	取得済・取得見込	
現住所	郵便番号 -		電話	- -
メール アドレス				
緊急連絡先 (帰省先等)	郵便番号 - (現住所と同じ場合は、「同上」とすること。)		電話	- -
学歴 中学校 卒業以降	学校名	学部・学科等	所在地 (区市町村まで)	在学期間
	中学校			年 月 卒業
				年 月 入学
				年 月 卒業・卒見込・中退
				年 月 入学
				年 月 卒業・卒見込・中退
				年 月 入学
職歴	勤務先(部・課まで)		職務内容	所在地 (区市町村まで)
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 現在まで在職
私は、地方独立行政法人山口県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。				
1 日本の国籍を有しない者で、就労可能な在留資格を有しない者 2 拘禁刑*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 ※令和7年5月までは禁錮 3 山口県立病院機構職員又は山口県職員として懲戒解雇又は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				
また、この申込書の記載事項に相違ありません。				
令和 年 月 日 (申込書記載日)				
氏名 (自署)				