

## 薬 剤 師 願 書

フリガナ					
氏 名				印	
生年月日	※ 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	性別	※ 男・女	

写真貼付

- 1.縦40mm
- 2.横30mm
- 3.本人単身、胸から上
- 4.撮影後3ヶ月以内

フリガナ					
現住所 (書類送付先)	〒				
電話番号 (携帯)	—	—	電話番号 (その他)	—	—
メールアドレス					
帰省先住所	〒 ( 様方)				

年	月	日	資格・免許等 (希望する職種に関係するものに限る)

年	月	日	学歴・職歴・賞罰・その他免許、資格等 (各項目別にまとめて記入すること)

記入上の注意

1. 文字は楷書、数字はアラビア数字で黒インクまたは青インクの筆記具を用いて、自筆で正確に記入してください。
2. 氏名は、戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
3. 学歴は高校から(義務教育課程以外の部分)記入してください。
4. 年号は和暦で記載してください。
5. ※ 印欄は該当するものを○で囲んでください。

