

薬 剤 師 願 書

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

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。

1. 専門とする職業に対する考え方をお書きください。

2. 国立病院機構を志望する動機をお書きください。

3. あなた自身のPR(性格、特技、趣味、得意学科 等)をお書きください。

扶養家族(配偶者を除く)

名

配偶者

※

有

無

配偶者の扶養義務

※

有

無

○就職が可能な時期について (年 月 日 より可能)

○就職を希望する地域について(該当する項目の ☐ にチェックしてください)☐ 九州グループ内のどこでも構わない。☐ できれば特定の地域を希望(複数選択可・優先順位順に【 】内に数字を記入すること)

【 】福岡県 【 】佐賀県 【 】長崎県 【 】熊本県

【 】大分県 【 】宮崎県 【 】鹿児島県 【 】沖縄県