

※写真を貼ってください  1 縦 36-40mm 横 24-30mm  2 胸上無背景	試験職種	希望試験会場	氏名
	薬剤師		(ふりがな)
		試験希望日	
			性別
		男 ・ 女	
現住所 〒			生年月日
電話番号 自宅・携帯 ( )			昭和 ・ 平成
現住所以外の連絡先 (帰省先等)			年 月 日
電話番号 自宅・携帯 ( )			( 歳)

■ 経歴・職歴 (中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期 (見込)
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 (配偶者除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無	有 ・ 無

〈健康状態・既往歴〉 (いずれかにレを記入)

特に大きな病気をしたことはない

現在治療中の病気がある

(1ヶ月以上の) 病気をしたことがある

身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている ( 手帳 級・判定)

〔 病名 : 年 月 ~ 年 月 〕

〔 時期 : 年 月 ~ 年 月 〕

〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉

試験職種	希望試験会場	氏名
薬剤師		(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR

