令和6年度 道	立病院職員採用選考(薬	剤師(再採	用))申込書(1/	72)		年	月	日現石	玍
	試験職種	希望	試験会場			氏(	名		
※写真を貼ってください				(ふりがな)					
1 縦36-40mm									
横24-30mm	薬剤師(再採用)	試懸	<b>食希望日</b>						
2 胸上無背景				性別	(※記載は	任意です。	未記載とすること	も可能です	۲ <u>.</u> )
現住所 〒 -					4	三年月	目		
				8775 Tick					
電話番号 自宅・携帯	( )			昭和・平成					
連絡先(現任所以外に連	絡を希望する場合のみ記入)			左	F	月	日 (	歳)	
電話番号 自宅・携帯	( )						`	<i>"17</i>	
■ 道職員の退職	       年月日・退職事由								
(退職年月日)		(退職	<del></del> 事由)						
	年 月 日								
■ 経歴・職歴	中学校卒業後の経歴等を空	白期間が生じ	<b>ないように</b> 記入して	ください。タ	無職の	場合は	は無職と記	2入)	
学校名・勤務先名(	「職歴の場合)   (職歴の場合)   <b>役職・職名</b>   <b>で職名</b>   <b>でいまた。</b>   <b>でいまた。</b>   <b>でいまたた。</b>   <b>でいまたたた。</b>   <b>でいまたたた。   <b>でいまたたたたたた。   <b>でいまたたたたたたたたたた。   <b>でいまたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたたた</b></b></b></b>		部・職務内容等	始	期		終期(	見込)	)
		(役付きの場	合は、部下の人数も記載すること)	左	н	П	年	н	п
				年	月 	日	<del>+</del>	月 	日
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	目
				年	月	日	年	 月	目
				年	月	日	年	月	目
				年	 月	日	 年	 月	目
				年	月	日	午	月	日
年月			〈趣味、特技、好	まれ学科/					
年 月 月	九 叶 、 以 付		(吃水、村汉、好	こは十代					
《希望事項等が特に	こあれば記入願います。〉								

試験職種	希望試験会場	氏名
薬剤師(再採用)		$(\mathcal{S}, \mathcal{V}, V$

■ 応呈埋出		志望理	由
--------	--	-----	---

## ■ 自己PR

			-

## ■ 配属先に関する希望について

希望する病院を次の中から選択し、以下の番号記入欄に番号を記入してください。

1	羽幌病院	(羽幌町)	② 子ども総合医療・療育センター (札幌市)
			1

番号記入欄→



※配属を希望する病院の回答が、選考の合否に影響することはありません。

※採用にあたっては、必ずしも希望する病院に配属とならない場合もあります。

※合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した病院を辞退した場合は、採用されな いことがあります。