

令和2年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集②)受験申込書

(注)裏面の「記入方法」をよく読んで記入してください。

(表面)

試験区分 薬剤師				受験番号 (記入しないでください)		国籍等 1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者			
ふりがな				受験に必要な資格・免許		資格・免許の名称			
氏名						取得(見込)年月日		取得済・見込の別	
生年月日		昭和 平成	年 月 日生			性別	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
現住所				(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。					
合格通知先住所				(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。					
学 歴		学 校 名		学 部・学 科 名		所在地(都道府県市町村名まで)		在学期間	
(最終学歴から順に記入)		(最終)						平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
		(その前)						平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
職 歴		勤 務 先 名 称		具 体 的 な 職 務 内 容		所在地(都道府県市町村名まで)		在職期間	
(最終職歴から記入)ただし、受験職種に関連した職歴は優先して記入してください。		(最新)						平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
								平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで	
私は、高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験の受験資格をすべて満たしています。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。				令和 年 月 日		氏 名		(必ず本名を自筆で記入してください。)	

(切り離してはいけません)

令和2年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集②)

写 真 票

試験区分	薬剤師	
受験番号	(記入しないでください)	
ふりがな		
氏名		

写 真 欄

- (1) 申込の際に、ここに写真を貼ってください。
 (2) 最近6か月以内に撮影した上半身脱帽正面向きのもの(スナップ写真不可)
 (3) 写真を貼っていない申込書は受付しません。(74cm×33cm程度)

令和2年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験(通常募集②)

受 験 票

試験区分	薬剤師		(裏面も記入)
受験番号			注意事項 (1) この受験票は試験会場に必ず持参してください。 (2) 試験当日は筆記用具(鉛筆はHB 5~6本、消しゴム、シャープペンシル不可)を持参してください。
ふりがな			性別
氏名			男・女

◎受験に当たっての要望事項について(希望する人のみ記入)

※車いす等補装具は各自用意してください。

氏名	受験番号	(記入しないでください)
----	------	--------------

- (1) 車いすの使用
 1 有 (車椅子に座ったままで受験・会場の椅子に移って受験)
 2 無
- (2) その他の補装具の持ち込み使用 1 有 2 無
 ・ルーペ(拡大鏡) ・補聴器
 ・その他()
- (3) その他要望事項があれば具体的に記入してください。

試 験 成 績 開 示 請 求 書

高知県・高知市病院企業団企業長 様

高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験の私の成績の開示を求めます。

令和 年 月 日

請求者

住所

氏名

受験番号

(注)裏面の「注意事項」をよく読んでください。