

令和9年4月採用 昭和伊南総合病院採用試験申込書（履歴書）

【薬剤師募集】

試験区分			試験区分			試験区分		
○	薬剤師	A						

青又は黒インクを使用し文字は楷書で丁寧に記入してください。

ふりがな	性別	写真を貼る位置 帽子をとり、胸から上、正面から撮影したもの。 単身、無背景のもの 写真裏面に氏名を記入し、のりづけしてください。 縦 5 cm程度、横 4 cm程度
氏名	※男・女	
生年月日 年 月 日（満 歳）		
身体障がい者手帳をお持ちの場合は、その等級及び程度を記入してください。		
ふりがな	電話	
現住所	携帯	
	メール	
		※後日 web 適性検査の URL を送付します
ふりがな	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	
受験票等の送付先	電話	
父母等が駒ヶ根市、飯島町、中川村、宮田村に居住している場合の父母等の住所		
住所	電話	

学歴	学校名	学部・学科	所在地	在学期間	卒業区分
	中学校			年 月から 年 月まで	卒業 卒見込・中退
	高等学校			年 月から 年 月まで	卒業 卒見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒業 卒見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒業 卒見込・中退
				年 月から 年 月まで	卒業 卒見込・中退

職歴	勤務所名	在職期間	所在地	職務内容	退職理由
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			

資格免許	資格免許の名称	取得（見込）年月日	備考

志望の動機		
得意な科目・分野	趣味・特技	自分の性格
スポーツ・クラブ活動・文化活動・ボランティアなどの体験から得たもの		

本人希望記入欄（勤務希望場所等特に希望があれば記入）

通勤距離・時間	扶養家族数	配偶者	配偶者の扶養義務
約 km 分	（配偶者を除く）人	有 ・ 無	有 ・ 無

私は、貴院の採用試験を受験したいので申し込みます。受験案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、

この申込書に記載した事項は、すべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏名 （自署）