

受験番号
(記入しない)

日本赤十字社長崎原爆病院
日本赤十字社長崎原爆諫早病院

採用試験申込書（薬剤師 3 次募集）

令和 年 月 日現在

写真を貼る位置

申込 3 ヶ月以内に撮

影されたもの

縦 4cm×横 3cm

ふりがな				
氏 名 (旧姓)	() 印			
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	男 女		
ふりがな				
現住所	〒 —			TEL _____ 携帯 _____
E メール	① ②			
ふりがな				TEL
連絡先	〒 — (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)			携帯
配偶者	有 ・ 無	配偶者の 扶養義務	有 ・ 無	扶養家族数 (配偶者を除く)
				人

学 歴 (高校から)	年 月 入学	
	年 月 卒業	
	年 月 入学	
	年 月 卒業	
	年 月 入学	
職 歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
免 許 資 格	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
その他	最近の健康状態 既往症	身体障害者手帳の有無 有 (級) ・ 無

私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏名 (自署) _____

・ 記載事項に虚偽があった場合には、採用を取り消すことがあります。