

専願・併願 (いずれかに○)

(令和 年 月 日現在)

願書(薬剤師病院選考用)

フリガナ				
氏名				
生年月日	※ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生(満 歳)
				性別 ※ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

写真貼付

- 1.本人単身、胸から上
- 2.撮影後3ヶ月以内

フリガナ				
現住所 (書類送付先)	〒			
電話番号 (携帯)	—	—	電話番号 (その他)	—
メールアドレス				
帰省先住所	〒 (様方)			

職種	薬剤師	実習先 病院名	
----	-----	------------	--

年	月	日	資格・免許等(希望する職種に関係するものに限る)

年	月	日	学歴・職歴・賞罰・その他免許、資格等(各項目別にまとめて記入すること)

記入上の注意

1. 文字は楷書、数字はアラビア数字で黒インクまたは青インクの筆記具を用いて、自筆で正確に記入してください。
2. 氏名は、戸籍個人事項証明書に記載されたものと同じ文字で記入してください。
3. 学歴は高校から(義務教育課程以外の部分)記入してください。
4. 年号は和暦で記載してください。
5. ※ 印欄は該当する項目の口にチェックをいれてください。

