# 佐賀県職員（薬剤師）採用選考試験 受験申込書

私は、佐賀県職員（薬剤師）として採用されることを希望しますので、
佐賀県職員（薬剤師）採用選考試験の受験を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　　名 | | 性別 | □ 男<br>□ 女<br>□ |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 現 住 所 | 〒　　－<br>（電話　　－　　－　　）<br>（E-mail　　） | | |
| 連 絡 先<br>※ 現住所以外に連絡先がある場合に記入すること | 〒　　－<br>（電話　　－　　－　　） | | |
| 試験実施通知等の送付先 | □ 現 住 所　　□ 連 絡 先<br>（※ 希望する方にレ印） | | |
| 最 終 学 歴 | （□昭 和<br>□平 成　　年　　月　□卒 業<br>□令 和　　□卒 業 見 込） | | |
| 職　　歴 | 年　月　日～　　年　月　日 | | |
| | 年　月　日～　　年　月　日 | | |
| | 年　月　日～　　年　月　日 | | |
| 薬剤師免許取得年月日 | □昭 和<br>□平 成　　年　　月　□取 得<br>□令 和　　□取 得 見 込 | | |

※該当する□にチェック（レ印）を記入すること。