

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 氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
生 年 月 日	年 月 日	生	（ 歳 ）
現 住 所	〒 -  （ 電話 - - ） （ E-mail ）		
連 絡 先 <small>現住所以外に連絡先がある場合に記入すること</small>	〒 -  （ 電話 - - ）		
試 験 実 施 通 知 等 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 現 住 所 <input type="checkbox"/> 連 絡 先 （ 希 望 す る 方 に レ 印 ）		
最 終 学 歴	（ <input type="checkbox"/> 昭 和                      年   月 <input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 平 成                      年   月 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込 <input type="checkbox"/> 令 和                      年   月 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭 和                      年   月 <input type="checkbox"/> 取 得 <input type="checkbox"/> 平 成                      年   月 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込 <input type="checkbox"/> 令 和                      年   月 <input type="checkbox"/> 取 得 見 込		

該当する にチェック（レ印）を記入すること。