

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					写真貼付 1.本人単身、胸から上 2.撮影後3ヶ月以内
氏名					
生年月日	※ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生(満 歳)	

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(希望する職種に係るものに限る)

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。

氏名

1. 専門とする職業に対する考え方をお書きください。

2. 国立病院機構を志望する動機をお書きください。

3. あなた自身のPR(性格、特技、趣味、得意学科等)をお書きください。

扶養家族(配偶者を除く)

名

配偶者

 有 無

配偶者の扶養義務

 有 無

○就職が可能な時期について (令和 年 月 日より可能)

○配置希望病院について(該当する項目の  にチェックしてください)

※なお、勤務地については採用後も九州内全県への異動(転勤)がございましたらご承知おきください。

 九州グループ内のどの病院でも構わない。 できれば特定の病院を希望

第1希望【(県名) 県:(病院名) 】

第2希望【(県名) 県:(病院名) 】

第3希望【(県名) 県:(病院名) 】

第4希望【(県名) 県:(病院名) 】

※原則、第四希望まで記入し、同一県の病院を選択しないでください。