

**令和7年度 市立札幌病院  
薬剤師 選考採用試験受験申込書**

※受験番号

フリガナ	現住所(〒) 電話					写真貼付欄 (サイズは4cm×3cm)  申込前3か月以内に撮影した、前向き、無帽、上半身胸上の写真。 (スナップ写真は不可) 眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけている写真。 写真がない場合、又は不鮮明な場合は受理しません。 写真裏に氏名を記入のこと	
氏名							
生年月日(令和8年4月1日現在 満 歳) 昭和 年 月 日 生 男・女	連絡先	① 電話 氏名 (受験者との関係)					
国籍 (日本)・(外国) ( )		② 電話 氏名 (受験者との関係)					
学歴	学校名(最終の学校とその前の学校を記入)	学部	学科	所在市町村	在学期間	該当を○で囲む	備考
	最終(現在)				～ 年 年 月 月	卒業 卒業見込	
	その前				～ 年 年 月 月	卒業	

私は、このたび行われる市立札幌病院薬剤師選考採用試験を受験したいので申し込みます。また、私は、試験案内に掲げている受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項に相違ありません。

令和 年 月 日

本人氏名

(必ず本人が署名してください)

**(通信欄)**

合格の通知は現住所あてに行います。通知先についての要望、帰省期間等の連絡事項があれば記入してください。

**(資格・免許等)**

資格・免許の名称	取得(見込)年月日 (該当を○で囲む)			
薬剤師	昭和 令和 平成	年	月	取 得 取得見込
	昭和 令和 平成	年	月	取 得 取得見込
	昭和 令和 平成	年	月	取 得 取得見込

**(職歴)**

勤務先名	所在地	仕事の内容	該当を○で囲む	期間	職務経験期間
			退職・在職中	～ 年 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 年 月 月	年 カ月
			退職・在職中	～ 年 年 月 月	年 カ月