

# 社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団職員採用試験申込書

試験区分 (職種)	薬剤師 (嘱託員)	受験番号 (記入不要)	※
--------------	-----------	----------------	---

(写真欄)

- ・5 cm × 4 cm
- ・3 か月以内撮影
- ・上半身, 正面向き,  
脱帽
- ・写真裏に名前を記載  
してください。
- ・申込み時に貼って  
ください。

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
	(記入日現在)		年齢 歳

現住所	(〒 - )		Tel ( )
-----	--------	--	---------

連絡先	(〒 - )		Tel ( )
-----	--------	--	---------

Eメール			
------	--	--	--

学 歴 (中学校 卒業期 から順 に上か ら記載)	学 校 名	学 部 ・ 学 科 ・ 専 攻	該 当 に ○	在 学 期 間	
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月

職 歴 (古い順 に上か ら記載)	会 社 名	職 務 内 容	該 当 に ○	在 職 期 間	
				正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
				正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月

資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 年 月 日	発 行 者	記 号 ・ 番 号	

上記のとおり相違ありません。		氏名
平成 年 月 日		Ⓔ

★車いす用机、手話通訳など、受験の際に配慮が必要な方はお申し出ください。