

令和4年度高知県職員（薬剤師）採用選考考査受験申込書

令和 年 月 日

試 験 区 分	国 籍 等		
薬 剤 師	(該当番号に○印) 1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者		
ふりがな	生年月日	昭和・平成	年 月 日
氏 名	年 齢	令和5年4月1日現在 (歳)	
現住所（寮・下宿・アパート等の場合には、何々方等まで詳しく記入してください。） (〒)			
電話 () E-mail () ※ 日中、直接連絡が取れる連絡先(携帯電話等、メールアドレス)を記入してください。			
連絡先（帰省先等）の住所（現住所と異なる連絡先がある場合は記入してください。） (〒) 電話 () ※ 確実に連絡が取れる連絡先を 記入してください。携帯電話可			
学 歴	最終学歴（専門学校を含む）から順次さかのぼり、書いてください。		
	学校名（学部学科名まで）	在 学 期 間	中退・卒業・修了
		～	
		～	
		～	
		～	
職 歴	職業歴（アルバイト・自営も含む）を新しいものからさかのぼり、書いてください。		
	勤務先（部課名まで）	在 職 期 間	勤 務 内 容
		～	
		～	
		～	
		～	
私は、令和4年度高知県職員（薬剤師）採用選考考査実施要領に掲げてある受験資格をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。			
令和 年 月 日			
(署名) 氏 名			

- 記載上の注意
- 1 実施要領をよく読んで記入してください。
 - 2 すべての欄にもれなく自筆で記入してください。特に、署名欄への署名を忘れないようにしてください。(性別欄は任意記載欄となります。未記載とすることも可能です。)
 - 3 「国籍等」欄は、1、2、3のうちいずれか該当するものに○印を付けてください。(実施要領2(2)を参照)
 - 4 記載事項に不正があると受験及び採用が無効になる場合があります。
 - 5 次の2枚目についても、併せて提出してください。

面 接 カ ー ド

試 験 区 分	ふりがな	写真を貼る位置 1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ			
薬 剤 師	氏 名				
最 近 関 心 を 持 っ た こ と が ら					
自 己 P R					
志 望 の 動 機					
余 暇 の 利 用 方 法	趣味、スポーツ等		自分でやる	見るだけ	
	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ホランテア活動、地域活動、サークル活動等の経験があれば書いてください。					
資格免許取得状況					
名 称	取得年月日	取扱官公庁名	名 称	取得年月日	取扱官公庁名
他の就職試験の受験状況					
官公庁、会社名等	受 験 結 果 (合格等の状況を○で囲む)				
	合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃)				
	合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃)				
	合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃)				

・右上に写真を貼るとともに、必ず自筆で各項目について、ありのままに、ていねいに書いてください。
 ・数字は算用数字を用い、また該当する口の中には✓印をつけてください。