

西宮市立中央病院職員採用試験申込書 ①

		※受付印		※受験番号				
ふりがな		受験職種		令和5年度実施 薬剤師				
名前		令和5年度実施 薬剤師		写真 縦4cm×横3cm 申込前6ヶ月以内に撮影したもの (無帽・上半身・正面)				
生年月日		年 月 日生		歳 (申込日現在)				
現住所		自宅 Tel () - 携帯 Tel () - E-mail @		写真が貼付されていない 申込書は受付できません				
上記以外の連絡先		Tel () -		令和 年 月撮影				
名称(交付年月日)								
学歴 (中学校から記入)	在学期間		学校名	学部名	学科名	制度	修学区分	(年 月 日)
	自 年 月 日	至 年 月 日	中学校			年制	卒業	(年 月 日)
	自	至				3	卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
	自	至					卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
	自	至					卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
	自	至					卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
	自	至					卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
	自	至					卒業・卒見 修了・中退	(年 月 日)
職歴 (在学中のアルバイトは不要)	在職期間		勤務先名等	所在地(市町村区名まで)	職務内容等		退職理由	
	自 年 月 日	至 年 月 日						
	自	至						
	自	至						
	自	至						
	自	至						
	自	至						
	自	至						
確認事項	地方公務員法第16条(欠格条項・・・①禁錮(二)以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 ②西宮市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 ③人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、第5章に規定する罪を犯し刑に処せられた者 ④日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者)に該当しないことを誓約します。							
以上のおとり相違ありません。 令和 年 月 日 名 前								

(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の名前を記入し、その下に代理人名を自署してください。)

記入上の注意 1. ※印の欄を除き、必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入し、該当箇所を○で囲んでください。

2. 学歴欄は、転校の場合は欄をかえて記入し、学校名変更の場合は新名称を旧名称の下にかっこ書きしてください。

あなたがこの申込書に記入した個人情報については、個人情報の保護に関する法律により保護され、採用試験以外の目的で利用されることはありません。

西宮市立中央病院職員採用試験申込書 ②

ふりがな		受験 職種	令和5年度実施 薬剤師	※受付 印		※受験番号
名 前						
西宮市立中央病院を志望した理由について具体的に記入してください。						
病院薬剤師として、どのようなことに取り組み、何を指したいかを具体的に記入してください。						
自分のコミュニケーション能力の自己評価を具体的に記入してください。						
今までの経験の中で、最も困難だったことと、それをどのように克服したか具体的に記入してください。						
今までの経験の中で、影響や感銘を受けたことについて具体的に記入してください。						
自分で認める長所と短所について具体的に記入してください。(自己PR)						
薬学分野以外で、興味があることや取り組んでいることを具体的に記入してください。						