職　員　採　用　試　験　申　込　書

(フリガナ) 1. 氏　名	2. 生年月日 年　月　日	3. 性 別	4. 試 験 区 分	＊病院名	＊ 受 験 番 号
			薬剤師	公立甲賀病院	

5. 現 住 所
（　　方）

郵 便 番 号	電 話 番 号	緊急時連絡先（または携帯電話番号）　　方
〒　　―	―　　―	―　　―

6. 試験結果通知の送付先（現住所と異なる場合のみ記入）

〒

電 話 番 号　　―　　―

7. 免 許・資 格・検 定・特 技　　＊ 免許等取得年次（見込み）もご記入ください。

8. 誓 約

私は、職員採用試験を受験したいので、次のとおり誓約のうえ本書をもって申し込みます。

（1）私は、職員採用試験公告に定められた受験資格を有する者に相違ありません。

（2）私は、職員採用試験公告に定められた受験できない者に該当いたしません。

（3）この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　名　　印

＊ 受 付 印

＊ 必ず氏名を記入し、印鑑を押して下さい。

きりはなしてはいけません

係員印

受　験　票

1. 試 験 区 分	＊病院名	＊ 受 験 番 号
薬剤師	公立甲賀病院	

(フリガナ)
1. 氏　名

＊ 受 付 印

（写 真 欄）

1. 写真は申込の際に貼って下さい。

（サイズ５×４cm）

3. 写真は最近6ヶ月以内に撮影の脱帽、正面向き、上身のものでノリを全面につけて貼って下さい。

4. 試験当日この欄に写真を貼ってない場合、受験できなくなることがあります。

年　　月 撮影

＊ 試 験 日 時

令和8年4月16日（木）　12時30分集合

＊ 試 験 会 場　　公 立 甲 賀 病 院

〒528-0074　滋賀県甲賀市水口町松尾1256

（ TEL 0748-62-0234 ）