

|      |             |
|------|-------------|
| ※受付日 | 平成 30 年 月 日 |
|------|-------------|

## 平成 30 年度新潟県職員採用選考考査受験申込書

提出先 〒950-8570 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県庁内  
新潟県病院局総務課

受験案内及び記入要領を参照して、※印のある欄を除き、太枠内を全部記入してください。

|  |   |             |   |     |                           |
|--|---|-------------|---|-----|---------------------------|
| 1 第 1 次考査日<br>平成30年 6 月 24 日 (日)                     | 2 職種<br>薬剤師 (病院)  | ※ 3 受験番号    | 4 受験地(希望を○で囲む)<br>新潟会場 ・ 東京会場                                   |     |                           |
| 5 (ふりがな)<br>氏 名                                      |   | 6 性別<br>男・女 | 7 生年月日(元号はいずれか一つを○で囲む)<br>昭和・平成 年 月 日生<br>(平成31年 4 月 1 日現在 満 歳) |     |                           |
| 8 住所等<br>現住所<br>(〒 - )<br><br>(電話番号 - - )            | 緊急時連絡先<br><input type="checkbox"/> 現住所と同じ(現住所と同じ場合は、チェックを入れてください。)<br>(〒 - )<br><br>(電話番号 - - ) |             |   |     |                           |
| 9 最終学歴   | 学 校   | 学 部         | 学 科   | 専 攻 | 入学、卒業等年月                  |
|  |   |             |   |     | 平成 年 月 入学<br>平成 年 月 卒、卒見込 |
| 10 受験する職種に必要な免許<br><br>免許の名称 薬剤師免許 平成 年 月 日 取得 (見込み) |   |             |   |     |                           |

### 申込者記入心得

- (1) 記入事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- (2) ※印のある欄を除き、太枠内を全部記入してください。
- (3) 青か黒のインク又はボールペンではっきりと書いてください。
- (4) 受験資格を審査のうえ、受験票を後日送付します。

←ホチキスを外して記入・送付してください。