

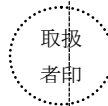
令和4年度 みやぎ県南中核病院企業団職員採用試験申込書

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 薬剤師採用試験   |   |  |  |
| 受験番号  | ※ B   |  |  |
| フリガナ<br>氏名<br>(自筆)  |   | (写真欄)<br>(1) 申込6か月以内に<br>帽子をつけないで、正面から上半<br>身を写したものを。<br>(縦4cm、横3cm)<br><br>(2) 申込日に写真がない<br>と受付できません。 |  |
| 生年月日<br>昭和<br>平成 年 月 日  | 性別  | 令和 年 月 日<br>撮影   |  |
| 現住所 ※(寮・アパート・下宿等の場合にはその名称、室番号、同居先まで、記入のこと)<br>郵便番号 [ - ]                |   |  |  |
| 試験関係書類通知先 ※(現住所と異なる場合)<br>郵便番号 [ - ]                                    |   |  |  |
| 連絡先メールアドレス  |   |  |  |
| 連絡先電話番号<br>連絡先① ( ) - (本人携帯・自宅・その他 ( ))<br>連絡先② ( ) - (本人携帯・自宅・その他 ( )) |   |  |  |
| 現 況   |   |  |  |
| 勤務先<br>学校名  | 職務内容・学部<br>・学科・専攻   | 所在地<br>電話番号  | 在職期間<br>在学期間<br><br>年 月<br>から<br><br>年 月<br>まで |
| 必要資格等   |   | ※受付年月日<br>令和 年 月 日   |  |
| 薬 剤 師   | <input type="checkbox"/> 取得済 年 月<br><input type="checkbox"/> 取得見込 年 月 | 取扱者職氏名・印   |  |

みやぎ県南中核病院企業団職員採用試験受験票

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| 薬剤師採用試験  |  |                              |
| 受験番号   | ※ B  |                              |
| フリガナ<br>氏名   |  |                              |
| 令和<br>年<br>月<br>日<br>撮影  | (写真欄)<br>(1) 申込6か月以内に<br>帽子をつけないで、<br>正面から上半身を<br>写したものを。(縦4<br>cm、横3cm)<br><br>(2) 申込日に写真がない<br>と受付できません。 | 裏面の「試験当日の受験心得」をよ<br>く読んでください |
| 試験日時<br>令和5年2月4日(土)<br>受付時間 午前8時20分 ~ 8時40分<br>試験開始 午前9時<br>試験会場 みやぎ県南中核病院 2階 講堂<br>柴田郡大河原町字西38番地1 |  |                              |
| ※取扱者職氏名・印  |  |                              |

取扱者印のないものは受験できません



裏面

### ◇試験当日の受験心得◇

- 1 試験当日は、余裕をもって来場してください。受付時間後に来た者は、原則、受験できません。
- 2 受験の際は、この受験票を持参してください。
- 3 受付に、この受験票を提示し、係員の指示に従い控室に入室してください。
- 4 試験会場構内での駐車は、正面入口からの外来駐車場のみ利用可能です。なお、救急・時間外入口付近での自動車での送迎は、救急車搬入に支障をきたしますので、ご遠慮ください。
- 5 昼食は、各自準備いただくか、院内の売店をご利用ください。

### 記入上の注意

- 1 申込書の※印欄を除く全ての欄に漏れなく記入してください。
- 2 記入には全て黒又は青インクを用い、丁寧に書いてください。数字は、算用数字で書いてください。
- 3 氏名、生年月日は、正確に記入してください。
- 4 住所は、同居人の場合には同居先を必ず記入してください。
- 5 メールアドレスは、総務課からのEメール(soumu@southmiyagi-mc.jp)を確実に受信できるアドレスを記入してください。
- 6 現況には、勤務されている者は勤務先等を、該当しない者は、無職等と記入してください。