

令和5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					(写 真 欄) (1) 申込6か月以内に 帽子をつけないで、正面から上半身を写したもの。 (縦4cm、横3cm) (2) 申込日に写真がないと受付できません。
受験番号	※ B				
フリガナ 氏 名 (自筆)					
生年月日 昭和 平成 年 月 日		性別			令和 年 月 日 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) 郵便番号 [-]					
試験関係書類通知先 ※(現住所と異なる場合) 郵便番号 [-]					
連絡先メールアドレス					
連絡先電話番号 連絡先① () - (本人携帯・自宅・その他 ()) 連絡先② () - (本人携帯・自宅・その他 ())					
現 況					
勤 務 先 学 校 名	職務内容・学部 ・学科・専攻	所 在 地 電 話 番 号	在 職 期 間 在 学 期 間		
			年 月 から 年 月 まで		
必 要 資 格 等			※受付年月日 令和 年 月 日		
薬 剤 師	☐ 取得済 年 月 ☐ 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 氏 名		
令和 年 月 日 撮 影	(写 真 欄) (1) 申込6か月以内に 帽子をつけないで、正面から上半身を写したもの。(縦4cm、横3cm) (2) 申込日に写真がないと受付できません。	裏面の「試験当日の受験心得」をよく読んでください
試験日時 令和5年5月20日(土) 受付時間 午前8時20分 ～ 8時40分 試験開始 午前9時 試験会場 みやぎ県南中核病院 2階 講堂 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。