



中津川市職員（薬剤師）採用試験申込書

受験種 職 種	薬剤師	受 験 番 号	※		
ふりがな				性 別	
氏 名				男・女	
生年月日	昭和 年 月 日				
現 住 所	(〒 -) 電話番号 () - 携帯電話番号 () -				
連 絡 先 (上記以外に連絡先があれば記入してください)	(〒 -) 電話番号 () -				
学 歴 (最終学歴とその前2つを新しいものから順に記入してください)					
学 校 名	学部・学科名	専攻科目	期 間	○で囲む	
			年 月から 年 月まで	卒・卒見込 中退	
			年 月から 年 月まで	卒・卒見込 中退	
			年 月から 年 月まで	卒・卒見込 中退	
職 歴 (今までの職歴を新しいものから順に記入してください)					
勤務先 (配置部署名)	所 在 地	在 職 期 間	職 務 内 容	退 職 理 由	
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			
		年 月から 年 月まで			

(写真貼付)
3ヶ月以内に撮影
上半身
無帽
正面向
縦4cm 横3.5cm

※欄は記入しないでください

(写真貼付)
3ヶ月以内に撮影
上半身
無帽
正面向
縦4cm 横3.5cm

受 験 区 分	薬剤師
受 験 番 号	※
ふ り が な	
氏 名	



中津川市
職員（薬剤師）
採用試験受験票

試 験 日

受付時間

試験会場

国民健康保険坂下病院
(中津川市坂下722番地1)

配偶者の有無	有 ・ 無	扶養親族数	人
--------	-------	-------	---

特殊技能 (検定、資格免許等、特殊な技能(自動車運転免許、実用英語検定等)を有する方は記入してください。)

名 称	種別 段級位等	取得(予定)年月日	資格免許の取扱機関

体験した文化、奉仕、留学、クラブ、運動、自治会活動等

私は、中津川市職員(薬剤師)採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、この申込書の全ての記載事実に相違ありません。

平成 年 月 日 氏 名 _____

注 意 事 項

- 1 試験開始時間以降に受付を申し出た者は、受験できません。
- 2 受験の際は、本票、筆記用具(鉛筆、消しゴム)を持参してください。
- 3 試験受験者には、結果を文書で通知します。
- 4 試験申込書の記載事項の変更及び試験に関する照会等は、必ず受験番号を申し添えてください。
- 5 受験票を紛失した場合は、直ちに申し出てください。

試験当日の受験心得

- 1 受付に本票を提示し、係員の指示にしたがってください。
- 2 受験票は、試験時間中、係員の見易いように机の上に置いてください。
 なお机の上には、筆記用具、時計以外のものを置いてはいけません。
- 3 試験時間中、質問したい場合又は用便に行きたい場合は、挙手をし係員の指示を受けてください。
- 4 試験終了時刻前に答案の作成が終わった場合は、係員に申し出てから退出してください。
- 5 退出する際は、こちらから持ち出したものを持ち出してはいけません。
- 6 試験時間中は、すべて係員の指示にしたがってください。
 係員の指示にしたがわない者に対しては、受験を拒否することがあります。