和歌山県立医科大学資格免許職員採用試験申込書

※事務局記入欄

受験番号	

試験区分	薬剤師	写　真 縦4cm×横3cm 程度 写真裏面に氏名 を記入
（フリガナ） 氏　　名		
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生 ２０２６年４月１日現在満　　歳	
現住所 又は 連絡先	（通知書の送付先をご記入下さい） 〒　　－　　電話　　（　　） Mail：　　@	

	在学期間（西暦） ＊上から新しい順に記入	学校名（卒業、卒業見込、中退等の区分を選択）	学部・学科名
学歴	年　月 ～　年　月	卒 ・ 卒見 中退 ・ 在学	
	年　月 ～　年　月	卒 ・ 卒見 中退 ・ 在学	
	年　月 ～　年　月	卒 ・ 卒見 中退 ・ 在学	

	在職期間（西暦） ＊上から新しい順に記入	勤　務　先
職歴	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	
	年　月 ～　年　月	

受　験　に　必　要　な　免　許		
免　許　の　名　称	免許取得（見込）年月	○で囲む
	年　　月	取　得 取得見込み

私は和歌山県立医科大学資格免許職員採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は受験資格を有しています。
また、申込書記載事項に相違ありません。

年　　月　　日

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人自署）

1 写真の貼付及び氏名の自署がなければ受験できません。
2 記入は全て自筆でインキ又はボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。
3 写真は単身、脱帽、上半身、正面向き、６ヶ月以内撮影で、写真裏面全体にのりづけしてください。
4「卒見」とは来春までに卒業見込みの場合で、「在学」とは来春までに卒業見込みのない場合をいいます。