

令和 8 年度新潟市民病院職員採用試験【薬剤師】受験申込書

※試験案内に記載の「11. 受験申込み上の注意」をよく読んで記入してください。

ふりがな				受験番号 — 写真を貼る 写真裏面に 氏名を記入 ※6ヶ月以内に撮影したものと ※写真がないと受験できません (縦4cm×横3cm程度) 令和 年 月 撮影	
氏 名					
生年月日	昭和・平成	年	月		日 生
現住所	〒				
	TEL - -				
合否通知先	〒				
	TEL - -				
緊急連絡先	TEL - -		緊急連絡先氏名 (本人との続柄)		
学歴・学校名		学部・学科		在学期間	該当に○
最 終				年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
その前				年 月～ 年 月	卒・中退
その前				年 月～ 年 月	卒・中退
現在の勤務状況 (該当に○)		有 ・ 無		有の場合 勤務先名称	
受験職種		薬 剤 師			
免許取得状況		平成・令和 年 月 取得 ・ 取得見込			
私は試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、新潟市民病院職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 (自 署) あなたは、この募集を何によって知りましたか。(該当する□に✓を付けてください。) ☐市報にいがた ☐ホームページ (市・市民病院) ☐家族 ☐職員 ☐その他 ()					

※車椅子等の使用により試験会場で配慮を必要とする方は、その旨を記入してください。

()

受 験 票 令和 8 年度 新潟市民病院 職員採用試験 (薬剤師)	受験番号	—
	氏 名	
	試 験 日	令和 8 年 1 1 月 1 4 日 (土曜日)
	受付時間	: ~ :
	試験会場	

※受付時間に遅れると受験できませんのでご注意ください。

※試験案内に記載の「1 2 第 1 次試験の受験にあたっての注意事項」をよく読んで受験してください。

※太線内について記入 (受験票は氏名欄のみ記入) してください。