

令和5年度 山形県職員選考試験
受 験 申 込 書

受付日付印

※記入しない

※太枠内にもれなく記入し、必要な部分を○で囲んでください。

試験区分		受験番号				
薬剤師（社会人経験者）		※記入しない				
性別	生年月日			氏名		
	年	月	日	カナ		漢字
1 男性	昭和					
2 女性	平成			(氏)	(名)	(氏)
				(氏)	(名)	(名)
最終学歴						
学校名		専攻（学部・学科）		修学	期間	
(学校名)		(学部・学科名)		1卒業	平成	年 月
				2卒見込	平成	年 月
					令和	年 月
受験資格で必要とされる免許・資格						
名称		取得年月日				
薬剤師免許		平成 年 月				
		令和 年 月				
現住所（山形県以外の場合、都道府県名から記入）						
郵便番号		住所				
—						
		Mail:		TEL () —		
合格通知送付先（現住所と異なる場合のみ記入）						
郵便番号		住所				
—						
		Mail:		TEL () —		
私は、標記試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は受験案内に掲げる受験資格を全て満たしております。 また、この申込書の全ての記入事項は真実と相違ありません。						
署名欄		令和5年 月 日 署名（自筆）				

通 信 欄

（上記に関して補足したいことがある場合や身体障がい等により受験に関する要望がある場合には記入してください。）

- 注意
- 1 申込方法は「受験手続」を参照してください。
 - 2 記入には黒インク又は黒ボールペンを用いて楷書で丁寧に書いてください。
 - 3 記入事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。