

宮城県職員採用選考考査 受考申込書

氏名	ふりがな

国籍 日本国籍の人は <input checked="" type="checkbox"/> してください。
<input type="checkbox"/> 日本国籍

生年月日	昭和・平成	年	月	日
------	-------	---	---	---

性別	男・女
----	-----

(記入上の注意事項)

太枠の欄全てについて記入してください。

申込職種	受考番号
薬剤師	

(注) 受考番号は記入しないでください。

現住所

ふりがな
郵便番号 (—)
電話番号(— —)

(注) 緊急の連絡をする場合がありますので、必ず連絡できる電話番号を記入してください。

受考票送付先住所(現住所以外に送付を希望する場合のみ記入してください。)

ふりがな
郵便番号 (—)
電話番号(— —)

※確実に受領できる場所を書いてください。

写 真

- (1) 写真が貼られていない場合は受付できません。
- (2) 写真の裏に職種と氏名を記入し、裏全面にのりを付けて貼ってください。
- (3) 写真は申込前6か月以内に脱帽、正面向きで、上半身を撮ったタテ4cm、ヨコ3cmの履歴書サイズで、本人と確実に確認できるものが必要です。

私は宮城県職員採用選考考査を受考したいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。また、この受考申込書に記入した内容は全て事実と相違ありません。

- (1) 日本の国籍を有しない人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 宮城県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人
- (5) 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人(心神耗弱を原因とする人を除く。)

令和 年 月 日

氏 名(自署)

学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科	在 学 期 間		卒業(修了)・卒業(修了)見込みの区分
				年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月	
			年 月	～ 年 月	
			年 月	～ 年 月	
			年 月	～ 年 月	

(注) 学歴は高等学校から記入してください。

職 歴	勤 務 先	職 務 内 容	在 職 期 間		
				年 月 日	～
			年 月 日	～	年 月 日
			年 月 日	～	年 月 日
			年 月 日	～	年 月 日
			年 月 日	～	年 月 日
			年 月 日	～	年 月 日

(注) 職歴は最終学歴卒業(修了)以降のものについて記入してください。

その場合、期間に空白のないように記入し、無職の場合は「無職」とし、その期間を記入してください。また、職務内容は詳しく記入してください。

資 格 ・ 免 許	資 格 ・ 免 許 の 種 類	取 得 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

(注) 既に薬剤師の資格を有している人については、必ず記入してください。