

## 令和6年度静岡市職員（薬剤師）採用選考受験申込書

**【注】**

記入に当たっては黒インク又は黒ボールペンを用い、正確に書いてください。  
該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で  
 囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写 真 貼 付

3.0cm×4.0cm

正面・上半身・脱帽で  
提出日前6か月以内  
に撮影のもの

※受験番号	受験職種 <p style="text-align: center;">&lt; 薬剤師 &gt;</p>		
(フリガナ) 氏 名		昭和 平成 年 月 日 生 ( 歳)	
学 歴 (高校以 上の学歴 を順次記 入)	高 校	科	S・H・R 年 月 入学 S・H・R 年 月 卒業
	<短大・高専 専 門 学 校>	科	S・H・R 年 月 入学 S・H・R 年 月 <卒・卒見込>
	大 学	学 部	学 科
住 所	現住所		〒 TEL
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）		〒 TEL
	E-mail:		TEL (緊急時)
職 歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間等		
資 格・免 許 (卒業時 取得見込 みのもの を含む)	資格等の名称、種類、取得年月日  薬剤師免許 年 月 日 ( < 取得 ・ 取得見込み > )  その他の資格等  運転免許<原付・普通・その他 ( ) >		

