

社会福祉法人 かがわ総合リハビリテーション事業団 令和7年度採用職員試験申込用紙

年度	試験区分					氏名				※受験番号	
07	薬剤師					フリガナ					
						漢字					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別						
メールアドレス											
現住所 (下宿先等: アパートの室番号、何々方等まで詳しく記入してください。)										合格通知送付先 (いずれかにレ印)	
〒 - 都道府県 Tel 自宅 () - 携帯 () -											
連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入してください。)										□現住所に送付希望 □連絡先に送付希望	
〒 - 都道府県 Tel 自宅 () -											
学歴……現在又は最終の学歴とその前一つ(専修学校を含む。)を記入してください。											
現在又は最終	学校名	学部・学科名			在学期間			卒業・卒業見込等の別			
					元号	年	月	から	□卒業・修了 □卒業・修了見込 □在学中(学年) □中退(学年)		
					元号	年	月	まで			
その前					元号	年	月	から	□卒業・修了		
					元号	年	月	まで	□中退(学年)		
(注意) 1 この欄には必ず申込日を記入し、自筆で署名してください。(押印は不要です。) 2 申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。 私は、職員募集案内に掲げてある、この試験に必要な受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項は事実に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 (自筆)											

(記入心得)

- ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
- 記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンをうい、か書でていねいに書いてください。
- 数字は算用数字を用い、該当する口の中にレ印をつけてください。

※係員印	※受付年月日 令和 年 月 日	※受付番号
------	--------------------	-------

※ 切り取らないでください

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団 令和7年度採用職員試験受験票

※受付番号

試験区分 薬剤師	性別
氏名	
※受験番号	

写真欄
1 最近6か月以内に撮影したもの (上半身・脱帽・正面向き・縦4cm 横3cmで本人と確認できるもの) を貼付してください。 2 第1次試験の当日、写真のない場 合は受験できません。 3 はがれることがありますので、写 真の裏に氏名を記入しておいてく ださい。

(令和 年 月 撮影)

(受験心得)

- 当日は本票、HB又はBの鉛筆、消しゴムを持参してください。
- 時計は計時機能だけのものに限ります。
- 携帯電話・PHS等は、試験室に入る前に電源を切ってください。
- ゴミは試験終了後、各自で持ち帰ってください。

【試験日時】 個別にご案内します。

【試験会場】 個別にご案内します。

【問合せ先】

〒761-8057

香川県高松市田村町1114番地

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団

事務部 総務課 堀家

電話(087)867-6008