

令和 8 年度 徳島市病院局会計年度任用職員申込書

申込区分	薬剤師（障害者対象）		令和 年 月 日現在	
勤務区分	☐ フルタイム ☐ パートタイム			
ふりがな			性別	写真 (4cm×3cm) 上半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に撮影したもの 裏面に氏名記載
氏名			男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 満 歳			
現住所	(携帯 — —) (自宅 — —) (〒 —)			
連絡先	(携帯 — —) (自宅 — —) (現住所と異なる場合のみ記入) (〒 —)			
学歴（専門学校等を含め、最終の学歴とその前のものを記入してください）				
学校名（学部・学科名）		在学期間（和暦で記入）		修学区分
最終(現在)		年 月～ 年 月		卒業・卒業見込 在学中・中退
その前		年 月～ 年 月		卒業・中退
検定、資格、免許等				
名称		区分	取得（見込）年月日	
薬剤師		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
		☐ 取得 ☐ 取得見込	昭和・平成・令和 年 月 日	
電子カルテの使用経験	☐ 使用経験あり		☐ 使用経験なし	
志望の動機、自己PRなど				

(裏面にも記入欄があります)

職歴	☐ 有り（下記に詳細を記入してください）	☐ 無し
勤務先名	仕事内容	在職期間（和暦で記入）
最終(現在)		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月

障害者手帳等記入欄			
種別	☐ 身体障害者手帳、又は指定医師等の診断書等	☐ 療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書	☐ 精神障害者保健福祉手帳
交付機関			
交付番号		第 号	
交付年月日		年 月 日	
障害名			
等級又は判定区分			
身体等の事情により、面接に際し、特に配慮が必要な方は右の欄に記入してください。（例：車いすの使用）			

私は、募集案内の記載内容を了承の上、徳島市会計年度任用職員の任用を申し込みます。

なお、私は、募集案内記載の申込資格を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自筆）