

都立病院薬剤師 非常勤・臨時職員登録申込書

(平成 年 月 日作成)

写真を必ず貼ってください

1 上半身・脱帽・正面を向いたもの

2 6か月以内に撮影したもの

3 (4cm×4cm)の大きさのもの

4 写真の裏面に氏名を記入してから貼ってください

フリガナ				性別			
氏名				男・女			
生年月日	昭和	年	月	日	(満)	歳	
現住所	(〒 -)			都道	市区		
				府県	町村		
	()			最寄り駅	線		
	メールアドレス			駅まで 分			
連絡先	(〒 -)			都道	市区		
				府県	町村		
	()						
学歴	学校名	学部・学科名	期間	資格			
			年 月 日から	卒業・ 学年中退			
			年 月 日まで	年在学中			
			年 月 日から	卒業・ 学年中退			
			年 月 日まで	年在学中			
			年 月 日から	卒業・ 学年中退			
			年 月 日まで	年在学中			
			年 月 日から	卒業・ 学年中退			
			年 月 日まで	年在学中			
資格免許	名称	合格年月日及び 免許取得年月日	取扱機関				
	薬剤師	合格 年 月 日 登録 年 月 日					
		合格 年 月 日 登録 年 月 日					
		合格 年 月 日 登録 年 月 日					
		合格 年 月 日 登録 年 月 日					

薬剤師 としての 職歴	在職期間	勤務先	電話	業務内容
	昭・平 年 月 日から	所在地		
	昭・平 年 月 日まで	名称		
	昭・平 年 月 日から	所在地		
	昭・平 年 月 日まで	名称		
	昭・平 年 月 日から	所在地		
	昭・平 年 月 日まで	名称		
	昭・平 年 月 日から	所在地		
	昭・平 年 月 日まで	名称		
	昭・平 年 月 日から	所在地		
	昭・平 年 月 日まで	名称		
	昭・平 年 月 日から	所在地		
昭・平 年 月 日まで	名称			
志 望 動 機			趣 味 ・ 特 技	
勤務 の 希 望	病院名		その他勤務に当たったの特記事項	
	1	(自宅から通勤時間が1時間以内なら希望外でもかまわない、等)		
	2			
	3			
	4			
その他	非常勤・臨時職員 としての勤務希望 どちらかに をつけてください。		就業希望時期 年 月から	

「都立病院薬剤師非常勤・臨時職員登録申込書」記載に当たっての注意

青か黒のインク又はボールペンで、記入漏れや間違いのないよう、ていねいに記入してください。

資格免許のうち、運転免許の記入は不要です。

職歴欄の業務内容には、職務名や、「治験業務」、「調剤業務」、「病棟勤務」など具体的な職務内容を記入してください。

「非常勤職員」または「臨時職員」のどちらでの勤務を希望されているか所定欄に をつけてください。