

( 様式1 )

地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員  
〔薬剤師〕  
採用試験受験申込書(受付票)

(※欄は記入の必要がありません。)

職 種	薬剤師		※	
試験日		受験番号		
(ふりがな) 氏 名			性別	男・女
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
現住所	(〒 - )		電 話 ( )	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		携帯電話 ( )	
連絡先等 (現住所以外に受験票等の送付を希望する場合などに記入)	(〒 - )		電 話 ( )	
	方(下宿等の場合は必ず記入すること)		携帯電話 ( )	
添付書類	履歴書、看護師免許証(写し)			

(写 真)

・申込み前3か月以内に撮影したもの

・帽子をとって正面から上半身を写したもので本人と確認できるもの

・縦4.5cm、横3.5cm程度のももの

私は、地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員採用試験を受けたいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。

- ① 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。)
- 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者
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、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者

平成 年 月 日

氏 名 (自署)