

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験受験申込書

履 歴 票

職 種 薬剤師 (B)		※受験番号	受験団体名 西臼杵広域行政 事務組合	
フリガナ		生年月日		
氏 名		昭 和 平 成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)		
現住所（寮、下宿、アパート等の場合には、建物の名称、同居先等を都道府県から明確に記入。） (〒) (TEL) (携帯)				
連絡先（現住所と同じ場合には記入不要。） (〒) (TEL) (携帯)				

◎ 免 許 ・ 資 格 （資格・試験の必要な試験申込者は必ず記入）

取得（見込み）年月日			資格・免許の名称
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	

※ 受付印

※印欄は、記入不要。

(裏 面)

◎学 歴 ・ 職 歴 （中学卒業から記入）

[illegible]

○ 受験の際の要望事項

--

○ 西臼杵医療センターを志望した動機及び自己PR

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

【注意事項】

- (1) 記載事項に不正があると、公務員として採用される資格を失うことがあります。
- (2) ※印欄以外は、各票とももれなく記入して下さい。
- (3) 記入は、黒のボールペンを使用し、かい書ではっきり書いて下さい。
数字は、算用数字を用いて下さい。
- (4) 資格・免許が必要な試験は、その資格・免許が取得できない場合は採用されません。
- (5) 「受験の際の要望事項」欄には、「車いす使用のため段差の解消を希望」など、
受験に際して要望のある場合にその内容を記入してください。
- (6) 受験票は受付締切後送付します。

票 驗 受

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験

職種	※受験番号	
薬剤師		
(B)		
受験団体名	生年月日	
西臼杵広域行政	昭和	
事務組合	平成 年 月 日生	
	令和8年4月1日現在 満 歳	
フリガナ		
氏名		

- 1 試験日
令和 8年 2月26日(木)
受付開始 12 : 30
受験開始 13 : 10

- 2 試験会場
高千穂町国民健康保険病院（会議室）
宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井4 3 5 番地1

写真票

令和7年度 西臼杵医療センター職員採用試験

職種	
薬剤師	
(B)	
受験団体名 西白杵広域行政 事務組合	※受験番号
フリガナ	
氏名	

タテ4.0cm × ヨコ3.0cm

※確認欄

(写真例)



- ・ 申込前3箇月以内に撮影したもの
- ・ 写真の裏に氏名を記入。
- ・ 脱帽、正面向きのもの

1
2
3
4



郵便はがき

切手は、当
センターが
負担します

--	--	--	--	--	--	--

都 道
府 県

市
郡

町
村

様方

(氏名)

様

(上記に郵便番号、住所、氏名を記入して下さい。合格通知書等も上記宛てに送付します。)

~~~~~受験の心得~~~~~

- 試験当日は必ず8時30分までに試験場に来て、受付で「受験者のみなさまへ」を入手してください。遅刻者は原則として受験できません。
- 受験の際は必ずこの受験票、筆記用具を持参してください。受験票を持参しなかった受験者は、受験をお断りします。
- 受験票を汚したり、折り曲げたりしないでください。
- 携帯電話を時計代わりに使用することはできません。
- 敷地内は全面禁煙です。
- 感染症対策を心掛け、試験当日はマスクの着用をお願いします。

※不正行為者は直ちに退場を命じます。

※担当係員の指示をよく聞いて行動して下さい。