身　　上　　書

職　　種	薬剤師	受験番号 ※記載不要	
ふりがな			
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生（満　　歳）		
現住所	（電話　　）		
連絡先	（電話　　）		

あなたはなぜ当院職員を希望しますか

趣味・特技等

業績（すでに免許をお持ちの方で、著書、論文、学会発表等がありましたら、ご記入ください。）

採用された場合の職場(職務)に関する希望 **(※採用後、希望の職場(職務)への配置を約束するものではありません。)**

希望する職場(職務)		希望する理由
第1希望		
第2希望		
第3希望		

備考	