

富山県職員採用選考試験申込書

試験区分	薬剤師（ 病院卒 ・ 一般卒 ） ※いずれかを選択			
採用枠の希望	上記で選択した枠で不合格となった場合、もう一方の枠での採用を希望しますか。 （ 希望する・希望しない ） ※いずれかを選択 ※ただし、採用状況によるため、「希望する」を選択した場合でも必ず採用される とは限りません。 ※採用後の枠の変更は原則認めません。			
ふりがな		性別（任意）	（写真貼付欄）	
氏 名		男 ・ 女	写真は6ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身、正面向きの縦4cm横3cmのもの	
生年月日（年齢）	昭和 年 月 日生（令和8年4月1日現在 満 歳） 平成			
連絡先	（〒 — ） ※今後、この住所に県からの通知等をお送りします T E L 携帯 メールアドレス（任意）			
免 許	試験区分	免許（資格）名	区分 （該当するものに○）	取得（取得見込み）年月
受験資格として必要な免許（資格）について、記入してください。	薬剤師	薬剤師免許	取得済 ・ 取得見込み	年 月
富山県職員採用選考試験を受験したいので、以上のとおり申し込みます。 なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 (1) 日本の国籍を有しない者 (2) 拘禁刑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) 富山県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 (4) 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 (5) 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心身耗弱を原因とするもの以外）				
令和 年 月 日 氏 名（署名）				

（注意） 1. 最後の欄には必ず受験者本人の自筆で申込年月日及び氏名を記入してください。
2. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
3. 記入は、黒か青のインク又はボールペンではっきり記入してください。