

薬剤師(新卒)
(様式1号)

秋田県厚生農業協同組合連合会

受験希望日(○で囲むこと) 6月4日(土)・7月2日(土)

受験番号

履 歴 書 ・ 身 上 書				
年 月 日 記入				
氏 名 ・ 住 所	(ふりがな)			男
	氏 名			女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	現住所	〒	Tel () -	携帯 - -
	メールアドレス			
学 歴	入学年月日	卒業(見込)年月日	学校名(高等学校～在学大学までご記入ください)	在学年数
	年 月	年 月		年
趣 味 格	趣味 サークル・スポーツ等			
	免許・資格等	・普通自動車免許(有・無・取得予定)		
得 意 科 目				
国 認 定 資 格 格	資 格 種 別	資 格 取 得 年 月	備 考	
		年 月 取得・取得見込		
性 格	自己分析	以下の項目から、あてはまるものを選んでください。(選択は最大5つまで)		
		<input type="checkbox"/> リーダーシップがある。 <input type="checkbox"/> 活動的である。 <input type="checkbox"/> 誰とでも積極的に話ができる。 <input type="checkbox"/> 協調性がある。 <input type="checkbox"/> 決めたことは努力しやり遂げることができる。 <input type="checkbox"/> 物事に柔軟に対応できる。 <input type="checkbox"/> 新しい事に良く取組む。 <input type="checkbox"/> 決断力がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	他者からの評価			

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm
※ 写真の裏には、氏名・生年月日を記入の上、糊付けしてください。

扶 養 人 配偶者(有・無) 配偶者扶養義務(有・無)
家族数

・自己PRをお願いします。			
・薬学6年制度の教育は、あなたにとって何が強みになると思いますか。			
・本会に就職を希望する理由を教えてください。また、病院薬剤師として目指すものは何ですか。			
・実務実習について差し支えなければ実習先を記載下さい。			
病 院 : () 調剤薬局 : ()			
秋田県厚生連病院の 配置希望病院	第1希望		
	第2希望		
上記以外の病院での勤務は可能ですか		はい ・ いいえ	
・あなたの就職活動の状況を教えてください。			
併願先の有無: 有(病院・調剤薬局・製薬会社・その他) ・ 無			
秋田県厚生連 志望順位	第()希望	(理由)	

(注) 1. 記入は黒(インク・ボールペン)で本人自筆、又はエクセル入力のうえ印刷し押印して下さい。
2. 用紙は、A3版印刷かA3拡大コピー後に記入をお願いします。
3. 連絡先は、本人の現住所以外で確実に連絡のとれる実家等を記載のこと。
4. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取り消すことがあります。
5. 記載日・学歴・資格取得日等の記載にあたっては西暦を使用して記載すること。

※この履歴書・身上書は当会の採用試験以外の目的では使用しません。