

(出願票様式)

## 出 願 票

私は、平成30年度滋賀県職員（薬剤師）採用選考第1次審査を受験したいので申し込みます。

なお、私は、次のいずれにも該当いたしておりません。また、この出願票の記載事項に相違ありません。

- (1) 成年被後見人または被保佐人（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またはその執行を受けることがなくなるまでの者
- (3) 滋賀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、日本国憲法また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、またはこれに加入した者

ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日生	性別
〒 ー ー 住 所		
電話番号 ー ー		
薬剤師免許 有 ・ 取得見込 ※免許有の方は、登録年月日、登録番号を下記に記入してください。		
登録年月日 年 月 日 登録番号 第 号		
※免許取得見込みの方は、薬剤師国家試験の受験資格を得られる学校の学歴を下記に記入してください。		
学 校 名	学 部 名	学 科 名
		卒業(見込)年月 年 月 卒業(見込)

注 氏名欄は、必ず自署してください。