

出 願 票

写真を貼る位置

- 1 縦 35～40mm
横 24～30mm
- 2 本人単身胸から上
- 3 裏面のりづけ

私は、令和8年度滋賀県職員採用選考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) 拘禁刑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
- (2) 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
- (3) 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

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
住所	郵便番号	—	
電話 (日中の連絡先)	— —		
試験区分	薬剤師		
薬剤師免許取得年月 ※	昭和 平成 令和	年 月	取得(見込)
学校名	学部・学科名	卒業(見込)年月	
		昭和 平成 令和	年 月

※ 学校名は薬剤師国家試験の受験資格を得られる学校の学歴を記入してください。

注 氏名欄は必ず自署してください