

令和6年度実施 苫小牧市立病院 学資金貸与制度利用者選考試験申込書

受 験 号 番 号	(記入しないでください)	性 別	生年月日		写 真 (1) 縦4cm横3cm (2) 申込前6月以内の写真(眼鏡使用者は眼鏡着用のもの) (3) 写真の裏面に氏名を記入してからはりつけ
		男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
フリガナ					
氏 名					
現住所	〒 (方) 電話 — — 携帯電話 — —				
大 学 名	校 科			薬剤師学資金	
貸与希望額	令和____年____月分から令和____年____月分まで____月間 月額 150,000 円 合計 _____円				
学 歴 (中学卒業後の学歴から順に最終学歴まで記載すること。裏面にも記載可能)					
学 校 名	学部・学科	所在地	在学期間	卒業等の別	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込み 中退・在学・転校	
職 歴 (裏面にも記載可能)					
勤務先	所在地	仕事の内容	在職期間	勤続期間	
				年 月間	
				年 月間	

あなたは薬剤師という仕事に対し、どのようなイメージをお持ちですか。お書きください。	
あなたの長所、短所を教えてください。	
今までの人生の中で、最も興味を持って取り組んだ事をお書きください。	

