

ふりがな		※ 受 験 番 号	
氏 名		写 真	
生 年 月 日	年 月 日 生 (歳) 男 ・ 女	申込前6カ月以内 撮影、無帽で正面 上半身、無背景と する。	
所 属 学 会		大 き さ タテ ヨコ 4.5cm×3.5cm	
資 格	(認定薬剤師、その他)	年 月現在	
薬 剤 師 レ ジ デ ン ト 理 由			
薬 剤 師 レ ジ デ ン ト (希 望)			

現住所 (連絡先)	〒 TEL () E-mail: @		
学 歴 高 等 学 校	高 等 学 校 年 月 日入学、 年 月 日卒業 大学薬学部 年 月 日入学、 年 月 日卒業 大学大学院 年 月 日入学、 年 月 日卒業		
研 修 歴 ・ 勤 務 歴	勤 務 期 間	施 設 名	部科名
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
薬剤師 免 許	登 録 年 月 日 第 号		
賞 罰	1 無 ・ 2 有 (内容)		
健康状態 (既往歴)		趣 味 スポーツ	
採用後の宿舍希望			
築地	☐ 希望する(単身用)	一 世 帯 用 宿 舎 無 し	☐ 希望しない
柏	☐ 希望する(単身用)	☐ 希望する(世帯用)	☐ 希望しない

(記載要領) 1 当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。(※印の欄を除く)
2 黒インクを用い、数字は算用数字で記入すること。