技術系（薬剤耐性感染症治療薬等未承認薬迅速化事業担当）
嘱託職員採用試験
申込書兼履歴書

平成　　年　　月 採用希望
*希望する採用の時期(年・月)を御記入ください。

平成　　年　　月　　日現在

顔写真をはる位置
（30 × 40）
（正面無帽）

ふりがな		性別
氏　名		
生年月日	昭和　　年　　月　　日 生（満　　歳）	

ふりがな		電話番号 （　　）
現住所	〒	E-mail:
ふりがな		電話番号 （　　）
休暇中の連絡先	〒	

年　号	年	月	学　歴・職　歴

（注） 黒または青インク、楷書、算用数字を使用し自筆で記入