|  |  |
| --- | --- |
| 試験区分 | 薬剤師 |
| 受験地 | 岡山会場・東京会場 |

**履　歴　書**

|  |
| --- |
| （写真）縦4㎝横3㎝ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別※ |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　 年　　 月　　 日 生（満　　　歳） |
| ふりがな |  |
| 現住所 | 〒（電話番号）　　　　　　　　　　　　（携帯電話） |
| 連絡先 | （現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。）〒（電話番号） |

○ 学　　　歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名（最終学歴から高等学校まで順に記入） | 学部・学科名 | 在　学　期　間（和暦で記入） | 卒業・中退等の別※性別欄は未記入可 |
| 最 終（現在） |  | 年　　　月 　　　　　年　　　月　～ | 卒見込・卒修了見込・修了中退 |
|  |  | 年　　　月 　年　　　月　～ | 卒・中退 |
|  |  | 年　　　月 　年　　　月　～ | 卒・中退 |
|  |  | 年　　　月 　年　　　月　～ | 卒・中退 |
|  |  | 年　　　月 　年　　　月　～ | 卒・中退 |

○ 職　　　歴

|  |  |
| --- | --- |
| 有　　・　　無 | 職歴のある人は、その職務経歴を新しい順に記入してください。 |
| 勤務先の名称 | 職務内容 | 在職期間（和暦で記入） |
| 最 終（現在） |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |
|  |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |
|  |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |
|  |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |
|  |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |
|  |  | 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日～ |

○ 資格・免許

私は、すべての受験資格を満たしており、記載事項に誤りはありません。

令和　　　年　　　月　　　日

氏　　名

（本人自署）

|  |  |
| --- | --- |
| 資格・免許の種類 | 取得年月日 |
|  |  |

（取得見込みの場合はその旨記載してください。）