

年 月 日

求職者No.	
有効期限	

(この欄は記入しないで下さい)

登録希望期間 受付日より 月 (最長6ヶ月とさせていただきます)
求人側への求職票公開を 希望 する [ ] ・ しない [ ] ( Oをつけてください)

## 求 職 票

一般社団法人 長崎県薬剤師会 薬剤師無料職業紹介所

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	S ・ H 年 月 日 ( 歳)
現 住 所	〒		TEL	( ) -
			免許資格	
出 身 校	大学	学部	学科	S ・ H 年度 卒業
家 族	配偶者	有 ・ 無	扶養家族	人
就職についての希望				
職 種		勤務地		
月 収	円	勤務開始予定月	年	月
勤務形態	常勤 ・ パート ・ アルバイト	勤務時間	:	~ :
経験した仕事				
[ 1 ]			約	年間
[ 2 ]			約	年間
[ 3 ]			約	年間
最終・現在の職業				
勤務先名				
退職理由				
手取月収	円			