

受付番号

# 求 職 票

一般社団法人北海道薬剤師会

紹介期限 (西暦)

年 月 日～

年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日 (西暦)		年 月 日	
現住所		〒 - ( 線 駅・バス停から 分)			
TEL/FAX/e-mail		TEL	FAX	e-mail	
学 歴		大学 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み			
免許・資格		家 族		配偶者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (扶養家族 人)	
就職についての希望	希望職種	就職希望地		(通勤 分以内)	
	希望年収	(税込) 万円	希望勤務時間	時 分	時 分
	希望休日	<input type="checkbox"/> 週休二日制 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 祝日			
	その他の希望				
経験した主な仕事 (最近のものから記載)				約	年間
				約	年間
				約	年間
				約	年間
				約	年間
最終(現在)の職業	事業所名 (自営内容)			<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 自営	
	働いていた(いる) 主な業務内容				
	退職(予定)の理由				
	退職時(現在)の 税込年収	万円			
	働いていた(いる) 期間 (西暦)	年 月～	年 月	約	年間

※太枠内をご記入ください。

※登録の有効期間は6カ月です。継続する場合は、期間満了月内にご連絡ください。