

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 [] (印をつけて下さい)

求 職 票

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	T:S 年 月 日(歳)
現住所	〒		TEL	() -
			免許資格	
出身校	大学	学部	学科	T: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