

求 職 票

令和 年 月 日

○できるだけ記入もれのないようお願い致します。

受付番号	登録希望期間	求人側への求職票公開
※この欄は記入しないで下さい	受付日より 月希望 (最長6ヶ月とさせていただきます)	する()・しない() ※○印をつけて下さい。

ふりがな	男・女	生年月日	昭和 年 月 日(歳)			
氏名			平成 年 月 日(歳)			
現住所	〒 -		配偶者	有・無	扶養家族	人
			薬剤師免許番号	第 号	取得年月日	昭和・平成 年 月 日
連絡先	TEL 携帯 E-mail	自動車免許	有・無	保険薬剤師登録	有・無	

○○○ 就職についての希望 ○○○

事業内容	調剤薬局・OTC・病院診療所 その他()	勤務形態	常勤・パート	勤務地	※市町村、地区支部等でご記入下さい
職種	管理・調剤・販売・在宅訪問 その他()	休日		勤務開始予定月日	令和 年 月 日
勤務時間		給与(月収)	円~	給与(時給)	円~

◇◇◇ 経験した仕事 ◇◇◇

[1]	約 年 ヶ月
[2]	約 年 ヶ月
[3]	約 年 ヶ月

□□□ 最終・現在の職業 □□□

勤務先名	手取月収	円
退職理由		

○○○ 求人者へ ○○○

○求人者、県薬へのご意見・ご要望等、何でもどうぞお書き下さい。

【連絡先】 沖縄県薬剤師会 薬剤師無料職業紹介所 担当 大城・宮城
TEL : 098-963-8930 FAX : 098-963-8932
E-meil : job@okiyaku.or.jp URL : http://www.okiyaku.or.jp