

受付番号

求 職 票

一般社団法人北海道薬剤師会

紹介期限 平成 年 月 日～平成 年 月 日

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|---|--------|---|------|
| ふりがな 氏 名 | | 生年月日 | | 昭和 平成 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 | 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。