

配 属 希 望 書

学 校 名	
氏 名	
職 種	薬剤師

◎配属を希望する病院・施設名をご記入下さい。

《注意事項》

- ・採用試験の前に、原則病院・施設見学、インターンシップ、実習等をお願いします。
- ・配属希望施設が複数ある場合は、希望順にご記入下さい。
- ・原則、希望のない病院・施設への配属はありません。

第1希望	第4希望
第2希望	第5希望
第3希望	第6希望

◎採用試験の結果を履歴書（現住所）と異なる住所に送付希望する場合は、
送付先住所をご記入下さい。

〒 —

<書類提出先>

〒174-0051 東京都板橋区小豆沢 3-3-2

IMS(イムス)グループ 本部事務局 人事部宛

電話 03-3965-5977(直通)

03-3965-5971(代表)

E-mail saiyo@ims.gr.jp



ITABASHI MEDICAL SYSTEM