

令和3年度厚沢部町保健師採用試験申込書

※受験番号	氏名	性別	生年月日		
	(ふりがな)	男・女	昭・平 年 月 日生 (令和3年4月1日現在 満 歳)		
現住所	〒 — TEL () —		本籍地		
(ふりがな)			都・道 府・県		
連絡先 (帰省地など、現住所以外に連絡場所がある場合は記入してください。)					
〒 —					
(ふりがな) TEL ()					
合格通知郵送先 (いずれかに○、記入のない場合は、現住所を郵送先とします。) 現住所・連絡先					
最終学校名	学部	学科	専攻	在学期間等	
				昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	学年 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了
職歴 (直近の勤務先を1つ記入)				在職期間	年数
				年 月～ 年 月	
私は、日本国籍を有するとともに地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当していません。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 (自筆) _____ ⑩					受付年月日
					※受付印
					※ 担当者 ⑩

(記載上の注意事項)

1. 記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
2. ※印の欄以外は、自筆でもれなく記入してください。
□欄に該当する場合は□内に✓印を記入してください。
3. 記入はすべてインク又はボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。
数字は算用数字を用いてください。
4. 住所欄には、同居人の場合は同居先を必ず書いてください。
なお、住所変更した場合は直ちに連絡してください。