

保健師

※欄は記入不要です。

令和6年度第2回 十和田市職員採用試験受験申込書

受付 者印	※
----------	---

職種	J 保健師			※受付年月日 令和6年 月 日
				※受験番号
※受験する職種を○で囲んでください。				

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<p style="text-align: center;">写 真 欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・写真のサイズは縦4cm横3cm程度とする。 ・6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できるものとする。 ・写真の裏面に職種、氏名を記入し、枠に合わせのり付ける。 <p style="text-align: right;">令和6年 月撮影</p>
氏名			<input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/> 回答しない		
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	満 歳 (令和7年4月1日現在)		

現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで記入してください。			
	自宅電話 () -	携帯電話 () -	メールアドレス @	

連絡先	〒 - 現住所以外の連絡先（実家等）があれば記入してください。			
	連絡先電話 () -			

学歴	学校名	学部名	学科名	修学期間	○で囲む
		中学校			S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・卒業見込 ()年在学中・中退
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・卒業見込 ()年在学中・中退
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒業・卒業見込 ()年在学中・中退

職歴	勤務先名称	所在地（市町村名まで）	職務内容	在職期間
				S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで
			S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
			S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	

免許・資格 (取得年月日)	(S・H・R 年 月) 取得・取得見込	(S・H・R 年 月) 取得・取得見込	(S・H・R 年 月) 取得・取得見込	(S・H・R 年 月) 取得・取得見込
------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

受験資格宣誓欄

私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。
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
(自署してください) 氏名