

保健師

※欄は記入不要です。

令和8年度第1回 十和田市職員採用試験受験申込書

受付者印 ※

職種	C 保健師		希望する第1次試験会場		※受付年月日 令和8年 月 日	
			<input type="checkbox"/> テストセンター <input type="checkbox"/> 十和田市役所 ※試験会場を選んでください。		※受験番号	
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない		写真欄 ・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する。 令和8年 月撮影
氏名						
生年月日	昭和 年 月 日生	満 歳	(令和9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	卒業	
				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 (自署してください) 氏名						