

平成29年度 射水市職員採用上級試験申込書

写真欄  
 1 写真は、申込前6か月以内に、本人のみで、上半身正面向き・無帽・無背景のカラー写真で撮った縦40mm×横30mmのものがが必要です。  
 2 提出時にこの欄に写真を貼ってください。

試験区分		受験番号(記入不要)	
保健師		F	
フリガナ		性別	
氏名		男女	
現住所	〒 -	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年4月1日時点で 歳)
	自宅電話 ( )	携帯電話 ( )	
現住所以外の連絡先 (必要に応じて記入)	〒 -	電話 ( )	
受験票等送付先	現住所 現住所以外の連絡先 希望する 欄にレ印を記入してください。		

最終学歴 「区分」の欄には、「卒業(修了)」又は「卒業(修了)見込」を記入してください。

学校名	学部・学科	区分	在学期間
			平成 年 月 ~ 平成 年 月

職歴 民間企業の会社員や自営業等での週当たり35時間程度の勤務(アルバイトやパートタイマー、家事手伝い等としての期間は除きます。)をされていたものを記入してください。なお、現在も勤務している場合においては、勤務期間の終期の箇所に「現在」と記入してください。欄が足りない場合は別途A4サイズの用紙を補充して記入してください。

勤務先	仕事内容	勤務期間
		平成 年 月 ~ 平成 年 月
		平成 年 月 ~ 平成 年 月

資格・免許 欄が足りない場合は別途A4サイズの用紙を補充して記入してください。

名称	証書番号	区分	取得(見込)年月
保健師		取得済・取得見込	平成 年 月
		取得済・取得見込	平成 年 月
		取得済・取得見込	平成 年 月

射水市職員採用試験を受験したいので、以上のとおり申し込みます。  
 なお、私は次の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は事実と相違ありません。

- (1) 日本の国籍を有しない人
- (2) 成年被後見人、被保佐人(準禁治産者を含む。)
- (3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (4) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

平成29年 月 日  
 申込者氏名(自書)

平成29年度 射水市職員採用試験受験票

写真欄  
 1 写真は、申込前6か月以内に、本人のみで、上半身正面向き・無帽・無背景のカラー写真で撮った縦40mm×横30mmのものがが必要です。  
 2 提出時にこの欄に写真を貼ってください。

試験区分		受験番号(記入不要)	
保健師		F	
フリガナ			
氏名			