

十日町市職員採用試験申込書

(平成 31 年度採用)

受験区分	保健師	※受験番号	※受付年月日

※記入しないでください

氏名		男	女
現住所	〒 TEL () -		
採用試験関係 文書送付先	〒 TEL () -		
携帯電話	() - () - ()		
<p>私は、十日町市職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は次の各号のど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。</p> <p>ア 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） イ 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者 ウ 十日町市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 エ 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者</p> <p>平成 年 月 日 申込者氏名（自署）</p>			

※別紙「履歴書」を合わせて記入すること。

(別紙)

No. _____

履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな		写真を貼る位置 (30×40mm)
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
ふりがな		
現住所	(〒 —)	
ふりがな		
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ)	(〒 —)	

学 歴 ・ 職 歴	年 月	高等学校入学
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

(職歴にはいわゆるアルバイトは含まない)

資 格 等	取 得 年 月	資 格 等 の 名 称	
趣 味 ・ 特 技		校 内 外 の 諸 活 動	
志 望 の 動 機			
備 考			

記入上の注意 1 黒又は青のインク又はボールペンで記入してください。

2 数字は算用数字を用いてください。