

平成28年度 戸沢村職員採用試験申込書

				※受付番号		※受付月日 月 日		
ふりがな		生年 月日	昭和 年 月 日 平成			性 別	<input type="checkbox"/> 男	試験区分
氏名							<input type="checkbox"/> 女	保健師
本籍						※受験番号		
住所								
第1次試験合格連絡先 (郵便番号 -)				住所 (電話 ())				
◎今まで受けた一切の教育について記入してください。(在は在学・中は中退・卒は卒業)								
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地	在 学 期 間		年 数	○で囲む		
			自 年 月 至 年 月			在・中・卒		
			自 年 月 至 年 月			在・中・卒		
			自 年 月 至 年 月			在・中・卒		
			自 年 月 至 年 月			在・中・卒		
			自 年 月 至 年 月			在・中・卒		
◎今までの一切の職務上の経験について記入してください。(自家営業も含みます)								
就職したことがない ・ 就職したことがある (下欄に記入)								
期 間		年 数	勤務先の名称		仕事の内容			
年 月～ 年 月								
年 月～ 年 月								
年 月～ 年 月								
年 月～ 年 月								
資 格・免 許			私は、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 また、地方公務員法第16条に該当していません。 平成 年 月 日 氏名 (自書) ㊟					
名 称	取得年月日							
	年 月							
	年 月							
	年 月							

(注) 地方公務員法16条については受験案内を参照してください。
 受験案内をよく読んで※印欄を除く該当欄にもれなく記入してください。記入には黒インク又は黒ボールペンを用いて、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。該当する口の中にレ印をつけてください。試験区分は該当のところに○を付けてください。※印は記入しないでください。