

令和5年度幌加内町職員 採用資格試験申込書

申込みの際、写真が
貼られていない場合
は受験できません。

写真の裏面に氏名を
記入し、はがれない
ように全面にのり付
けすること。

(縦 4cm 横 3cm)

令和 年 月 日撮影

試験区分	試験会場	*受験番号
保健師職	未定 別途案内	

私は幌加内町職員採用資格試験を受験したいので、申し込みます。

(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本籍
氏名 (自筆)		都道府県
生年月日	年 月 日生(令和5年4月1日現在満 歳)	
現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tel (<input type="text"/>)	局 番 (同居先 様方)
職歴：現在(最終)の勤務先 ※職歴が無い場合は、記入不要		
私は、日本国籍を有するとともに地方公務員法第16条各号の いずれの規定にも該当しません。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 氏 名(自筆)	*受付印	*担当者 Ⓜ

《注意事項》

- 記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
- *印欄以外の欄は、自筆でもれなく記入してください。(フリガナも必ず記入のこと。)
□欄に該当する場合は□内にV印を記入してください。
- 記入はすべてインク又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
数字は算用数字を用いてください。
- 住所欄には、同居人の場合は同居先を必ず書いてください。
なお、住所を変更した場合は直ちに連絡してください。
- 「保健師免許証(写)」、「所定用紙の履歴書」、「最終学歴の成績証明書」、「作文(任意様式)」
を合わせて送付してください。