

平成30年度（平成31年度採用）

関川村職員採用試験（保健師）受験申込書

※整理番号

職 種	保健師	※受験番号		写 真  ・申込前6ヶ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・本人と確認できるもの ・写真のないものは、受理できません。  平成 年 月 日 撮影
ふりがな		生年月日	性 別	
氏 名		昭和 年 月 日生	男・女	
現住所	(郵便番号 - )			
	(同居先 方) (電話番号 )			
連絡先	(郵便番号 - )			
	(同居先 方) (電話番号 )			

・写真(縦4cm横3cm)を3枚用意してください。

・左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚は、この申込書と同時に提出してください。

学 歴

学 校 名	学部学科名	所 在 地	在 学 期 間	該 当 を ○ で 囲 む。
(最終)			年 月 から 年 月 まで	卒、卒見、中退
(その前)			年 月 から 年 月 まで	卒、卒見、中退

私は、関川村職員採用試験(保健師)を上記のとおり受験したいので、申し込みます。

なお、私は次に掲げる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は事実と相違ありません。

ア 日本国籍を有しない者

イ 成年被後見人又は被保佐人(民法改正の経過措置としての準禁治産者を含む。)

ウ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者

エ 関川村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

オ 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

平成 年 月 日

氏 名

印

※受付 日付印		※取扱者		※関川村 受験者名簿記載 照 合		※受験票 送付確認 照 合	
------------	--	------	--	------------------------	--	---------------------	--

## 注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、平成30年11月30日(金曜日)午後5時15分までです。  
郵送の場合は、11月30日までの消印のあるものに限り受け付けます。  
受付期間経過後の申込みは、受け付けません。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 ※印以外の欄はすべて記載してください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 受験票は、後日送付します。
- 7 この受験に関する照会は、関川村総務課総務班 電話0254-64-1476(直通)  
に申し出てください。