

関川村職員採用試験受験申込書（保健師）

受験職種	保健師	※整理番号	
ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		
携帯電話番号		E-MAIL	
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記入)		

写真を貼る位置

- 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
- 本人単身胸から上
- 裏面にのりづけ
- 裏面に氏名を記入

令和 年 月 日撮影

電話 ()	—
FAX ()	—
電話 ()	—
FAX ()	—

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	当該を○で囲む
			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
職 歴	職業（勤務先）	職務内容		在職期間
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
免 許 ・ 資 格	免許資格の名称	取得（見込み）年月日		免許・資格証等の番号
		年 月 日	取得・見込	
		年 月 日	取得・見込	
		年 月 日	取得・見込	
		年 月 日	取得・見込	
		年 月 日	取得・見込	

特技・趣味							
志望の動機							
私は、次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。 ア 日本国籍を有しない者 イ 禁固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 ウ 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 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 令和 年 月 日 氏 名 （自署）							
※受付 日付印		※取扱者		※ 受 験 者 名 簿 記 載 照 合		※ 受 験 票 送 付 確 認 照 合	

※黒のインク又はボールペンではっきりと記載してください。

※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。