

# 平成30年10月採用 加東市職員採用試験受験申込書

|                            |      |
|----------------------------|------|
| 受験職種                       | 受験番号 |
| 保健師 ・ 社会福祉士<br>臨床心理士 ・ 土木職 | ※    |

|   |                       |                              |  |
|---|-----------------------|------------------------------|--|
| ふりがな                                      | 性別                    | 生年月日                         | 写 真<br><br>(縦6.0cm×横4.5cm)<br><br>申込前6か月以内に<br>撮影したもの<br><br>(無帽・上半身・正面) |
| 氏 名                                       | 男・<br>女               | 平成 年 月 日<br>(平成30年4月1日現在満 歳) |  |
| 現住所<br>〒 —                                | 自宅電話 ( ) — 携帯電話 ( ) — |                              |  |
| 結果通知送付先 (現住所と同じ場合は、「同上」と記入してください。)<br>〒 — |                       |                              |  |
| 自宅電話 ( ) — 携帯電話 ( ) —                     |                       |                              |  |

| 学 歴 | 学 校 名 | 学部・学科名 | 在学期間                 | 制度                   | 修学区分        |
|-----|-------|--------|----------------------|----------------------|-------------|
|     |       | 高等学校   |                      | 平 年 月 から<br>平 年 月 まで | 年制          |
|     |       |        | 平 年 月 から<br>平 年 月 まで | 年制                   | 卒業・卒見・修了・中退 |
|     |       |        | 平 年 月 から<br>平 年 月 まで | 年制                   | 卒業・卒見・修了・中退 |
|     |       |        | 平 年 月 から<br>平 年 月 まで | 年制                   | 卒業・卒見・修了・中退 |
|     |       |        | 平 年 月 から<br>平 年 月 まで | 年制                   | 卒業・卒見・修了・中退 |

| 職 歴 | 勤 務 先 | 所 在 地 | 在職期間                     | 職務内容                     |
|-----|-------|-------|--------------------------|--------------------------|
|     |       |       |                          | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |
|     |       |       | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |                          |
|     |       |       | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |                          |
|     |       |       | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |                          |
|     |       |       | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |                          |
|     |       |       | 平 年 月 日 から<br>平 年 月 日 まで |                          |

| 免 許 ・ 資 格 | 名 称 | 取得 (見込) 年月日 | 名 称     | 取得 (見込) 年月日 |
|-----------|-----|-------------|---------|-------------|
|           |     |             | 平 年 月 日 |             |
|           |     | 平 年 月 日     |         | 平 年 月 日     |
|           |     | 平 年 月 日     |         | 平 年 月 日     |
|           |     | 平 年 月 日     |         | 平 年 月 日     |

|         |  |
|---------|--|
| 健 康 状 況 | <身長・体重>                      cm                      kg          |
|         | <視力> 右 ( ) 左 ( ) ※ ( ) 内は矯正視力を記入してください。                          |
|         | <既往歴>    ある                      ない                              |
|         | <既往歴がある場合>                      (総じて)    剛健    健康    やや弱い    不健康 |

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。  
以上の記載事項は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (必ず自署してください) 印

