

# 平成30年度 小城市職員採用試験 受験申込書

※受験番号	M	2	0		
※試験区分	保健師				

写 真

上半身無帽正面

6か月以内のもの

4cm × 3cm

氏 名	(ふりがな)					
生年月日	年	月	日生	(平成31年4月1日現在 歳)	性別	男・女
現住所	〒 —			電 話		
				自宅 ( )		
連絡先	〒 —			電 話		
				( )		
学 歴	学 校 名	学 部 学 科	在 学 期 間		修 学 区 分	
	(最終)		平成 年 月から	平成 年 月まで	卒業見込・卒業・中退・修了	
	(その前)		平成 年 月から	平成 年 月まで	卒業見込・卒業・中退・修了	
	(その前)		平成 年 月から	平成 年 月まで	卒業見込・卒業・中退・修了	
職 歴	勤 務 先 ・ 部 署 等 名 称	職 務 内 容			在 職 期 間	
					平成 年 月から	平成 年 月まで
					平成 年 月から	平成 年 月まで
					平成 年 月から	平成 年 月まで
					平成 年 月から	平成 年 月まで
資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 区 分				
		平成 年 月 日	取得・取得見込み			
		平成 年 月 日	取得・取得見込み			
上記の事項は事実と相違ありません。						
平成 年 月 日			氏名(自署)			

**【記入上の注意】**

- 1 「※」印がある欄は何も記入しないでください。
- 2 建築士・保育士・幼稚園教諭等の資格取得(見込)者は、「資格・免許」欄に必ず記入してください。
- 3 黒のインク又はボールペンを使用し、楷書(数字は算用数字)で記入してください。
- 4 記載事項に不正があると、採用資格を失うことがあります。

