

令和元年度 小城市職員採用試験 受験申込書

※受験番号	M				
※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 (令和元年4月1日現在 歳)	性別	男・女
現住所	〒			電 話	
	—			自宅	()
連絡先	〒			電 話	
	—			()	
(現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。)					
学 歴	学 校 名	学部学科	在学期間	修学区分	
	(最終)		年 月から 年 月まで	卒業見込・卒業・中退・修了	
	(その前)		年 月から 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
					年 月から 年 月まで
					年 月から 年 月まで
資格・免許	名 称	取得区分			
		年 月 日	取得・取得見込み		
		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。					
令和 年 月 日				氏名(自署)	

【記入上の注意】

- 「※」印がある欄は何も記入しないでください。
- 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。
- 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。
- 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。

