益子町職員採用試験申込書　(申込職種：保健師)

№

写　真

縦4cm×横3cm

正面上半身撮影

裏面糊付

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | ふりがな | | |  | 性別 | 生 年 月 日 ・ 年 齢 | |
| 氏　　名 | | |  |  | 平成  年　　月　　日（　　歳） | |
| ※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。 | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | 電話  ( ) |
| 現住所  〒 - | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | 電話  ( ) |
| 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）  〒 - | | | | | | | | |
| 学歴・職歴（中学校から記入してください。） | | | | | | | | | |
| 元号 | 年 | 月 | | 日 | 事　　　　　　　　　　項 | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取得した資格・免許・検定試験・特殊技能等 | | | |
| 名　　　　　　　称 | 取得年月日 | 登録番号 | 備　　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　※保健師資格取得見込の場合は備考に取得見込時期を記入

|  |  |
| --- | --- |
| 志望動機、特技、好きな科目、アピールポイントなど | 通勤時間  約　　時間　　分 |
|  |
| 扶養家族数（配偶者を除く）  人 |
| 配偶者  有　・　無 |
| 配偶者の扶養義務  有　・　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人希望記入欄（希望の業務分野、理由があれば記入） | 障害者手帳等の有無 |
|  | 有　・　無  地方公共団体には、職員数に応じ一定率の障害者を雇用する義務があるため、記入をお願いするものです。 |

|  |
| --- |
| 私は、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違  　ありません。    令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　㊞ |