令和５年度佐呂間町職員（保健師）採用試験申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 写 真縦36～40mm横 24～30mm本人単身胸から上 |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 　　年　　　 月　　　 日生　満　　　歳 |
| 本　　籍 |  |
| 現住所 | 〒　　 　-（電話：　　　　　　　　　　　　　　　 　）（FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（E-Mail：　　　　　　　　 　　 　） |
| 連絡先 | 〒　　 　-　　　 　（帰省先など現住所以外に連絡場所がある場合は記入して下さい）（電話：　　　　 　　　） |

|  |
| --- |
| 学　　　　　歴（最終学歴のみ記入して下さい。） |
| 学　校　名 |  |
| 学部学科名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　 　-　　　  |
| 在学期間 | 　平成・令和　　　年から　平成・令和　　　年まで |
| 卒業等の状況 | 　平成・令和　　　年　　　月／　卒業見込・卒業 |

|  |
| --- |
| 職　　　　　歴（現在の勤務先のみ記入して下さい。）　※該当する場合のみ |
| 勤　務　先（詳しく） |  |
| 所　在　地 | 〒　　 　-　　　  |
| 在職期間 | 　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無有　・　無 | 扶養家族数（配偶者を除く）　　　　　人 | 配偶者の扶養義務有　・　無 |

１　記載事項に不正があるときは、公務員として任用されないことがあります。

２　記入欄はもれなく記入してください。また、印鑑もれの無いように注意してください

３　記入は楷書で丁寧に書いてください。数字は算用数字を用いてください。

４　同居人の場合は、住所欄に必ず同居先を書いてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (年号)年 | 月 | 学　歴　・　職　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (年号)年 | 月 | 免　許　・　資　格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望の動機、特技、好きな学科、アピールポイントなど |

|  |
| --- |
| 本人希望記入（特に給料・職種・勤務時間・その他について希望などがあれば記入） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |