

豊山町会計年度任用職員採用試験申込書

私は、豊山町会計年度任用職員採用試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。

また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

応募職種 (該当資格に○を記載) 保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員
--

受付番号

受験番号

写真

- 1 縦 4 cm×横 3 cm
- 2 本人単身胸から上
- 3 裏面に氏名記入
- 4 裏面のりづけ

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 齢	性 別
氏 名		昭和・平成 年 月 日生	歳 (令和4年4月1日現在)	男・女
ふりがな			連絡先電話番号 ※携帯電話可	
現 住 所	(〒 —)		() —	

学 歴（中学校から順に記入してください）

学 校 名	学部学科名	所 在 地 (市区町村名まで記入)	在学期間	○で囲んでください
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒業・卒業見込・中退

職 歴（古いものから順に記入してください）

[illegible]

資格・免許

取得年月	資格名 ・ 免許名	発 行 者

応募理由		
勤務できる時間帯	: ~ :	※左記のうち勤務できる 時間数 時間 分
勤務できる曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 （勤務可能な曜日の枠に☑をつけてください。）	

受 付 印

(記入上の注意)

- ① 記入は黒色または青色のボールペンまたはインクを使用してください。
- ② 本申込書の大きさは、**A 4 サイズ**としてください。
- ③ 本申込書を印刷する際は、**両面印刷**で行ってください。