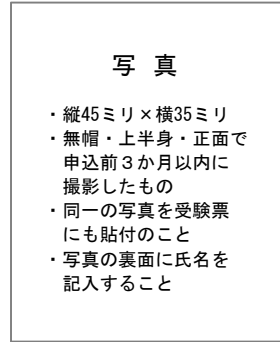


令和4年度採用
多可町職員採用候補者試験
受験申込書

職 種	保健師
※受験番号	



ふりがな			
氏 名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (令和4年4月1日現在で 満 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

現住所	〒 電話番号()
-----	-----------

通知等 送付先	現住所と同じ場合は「同上」と記入してください 〒 電話番号()
------------	-------------------------------------

学 歴	学 校 名	学部・学科名	制度	在 学 期 間	修 学 区 分
	中学校	—	3年制	S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	卒業
				S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	卒業・中退・卒業見込
				S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	卒業・中退・卒業見込
				S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	卒業・中退・卒業見込
				S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	卒業・中退・卒業見込

職 歴 (自家営業も 含む)	勤 務 先 (部課名まで)	所在地(都道府県及び市町村名まで)	在 職 期 間	雇 用 形 態
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外
			S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> それ以外

免 許 ・ 資 格	種 類	取 得 (見 込) 年 月 日
		S・H・R 年 月 日 取得・取得見込
		S・H・R 年 月 日 取得・取得見込
		S・H・R 年 月 日 取得・取得見込
		S・H・R 年 月 日 取得・取得見込
		S・H・R 年 月 日 取得・取得見込

私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。

この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名

- (注意)
- 受験者本人が自書してください。
 - 記載事項に不正があると採用が無効となる場合があります。
 - ※以外の該当する欄に黒ボールペンを用い、ていねいに書いてください。
温度変化により消えるボールペン不可

職 種	保健師	※受験番号		氏名	
-----	-----	-------	--	----	--

学生時代やこれまでの経験において、どのような分野でどのように力を入れてきたかについて、その理由も含めて記入してください。

あなたが考える多可町の魅力について記入してください。

(自己PR) 長所や特技など自分のアピールをしてください。

(志望動機) なぜ多可町職員を希望しているのか、町職員としてどのようなことに取り組みたいかを記入してください。

- ・ ※欄は記入しないでください。
- ・ 黒のボールペンで自書してください。温度変化により消えるボールペン不可。