

平成29年度
三朝町職員採用試験申込書

保健師	※受験番号
-----	-------

(ふりがな)		(ふりがな) 〒		
氏名		現住所		
生年月日		性別	緊急連絡先 〒	
昭和	年		(ふりがな)	
平成	月			
	日			
国籍(該当箇所に☑印)		電話(自宅・呼出) () -		
<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍		(携帯電話) () -		
学歴(高卒から記載)				
学校名	学部名	学科名	在学期間	卒業・卒業見込等の別
			平成 平成 年 月 ~ 年 月	(学年) 卒
			平成 平成 年 月 ~ 年 月	(学年) 卒
			平成 平成 年 月 ~ 年 月	(学年) 卒・卒業見 在・退学
※受付	月	日	※係員	印

受験票

保健師	※受験番号
氏名(ふりがな)	

(平成 年 月撮影)
(写真欄)

- 1 写真は申込前6ヶ月以内に無帽で、正面から上半身を写した縦4.5cm、横3.5cmのもので本人と確認できるもの。
- 2 受験の申し込みの時は、写真を貼らないでください。
- 3 試験当日には、この欄に写真を貼って持参して下さい。

受付 9時~9時20分
試験日時 平成29年12月3日(日) 試験 9時30分~14時00分
(予定)

試験会場 三朝町役場(東伯郡三朝町大字大瀬999-2)

鳥取県三朝町

(切りはなしてはいけません)

記入上の注意

- 1 申込書の記入は黒又は青のボールペン・万年筆を使用し、かい書でていねいに書いてください。
- 2 数字は算用数字を使ってください。
- 3 ※印の欄以外はもれなく記入してください。
- 4 該当する口に☑印をつけてください。

職 歴

就職している(したことがある) 就職したことがない

(下欄に記入のこと)

勤務先名・部 課	所 在 地	在 職 期 間	職務内容
現在(最終)		平成 年 月～ 平成 年 月	
その前		平成 年 月～ 平成 年 月	
その前		平成 年 月～ 平成 年 月	

資 格 ・ 免 許		<p>私は、三朝町職員採用試験を受験したいので申し込めます。 なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>平成29年 月 日</p> <p>氏名(自書)</p>
名 称	取得(見込) 年 月 日	