08 保健師　おいらせ町職員採用試験受験申込書

◎黒色のボールペンですべての欄に記入すること

試験の種類	保健師		
(ふりがな) 氏　　名		性　別 (〇で囲む)	男・女
生年月日	平成　　年　　月　　日　生	満 年 齢 (R9.4.1現在)	歳

【写真貼付欄】
●3か月以内に撮影した顔写真（正面・脱帽）を貼付してください。
●写真の大きさは概ね縦4㎝、横3㎝程度とします。

現 住 所	（〒　　－　　）アパート等の場合は、室番号まで記入してください。 （　　）方 ＴＥＬ（　　）　　－　　（　　）方 携　帯（　　）　　－
連 絡 先 （郵便送付先）	（〒　　－　　）「現住所」以外への連絡を希望する場合に記入してください。 （　　）方 ＴＥＬ（　　）　　－　　（　　）方

学　歴	学　校　名	学 部	学 科	専 攻	在 学 期 間	卒業区分 (〇で囲む)
	中学校	――	――	――	年　月から 年　月まで	卒　業
					年　月から 年　月まで	卒業・卒業見込 在学中・中退
					年　月から 年　月まで	卒業・卒業見込 在学中・中退

職　歴 （欄が足りない場合は直近3つを記入）	勤 務 先 名 称	所在市町村名	在 職 期 間	雇 用 形 態 （〇で囲む）
			年　月から　年　月まで	正規・非正規
			年　月から　年　月まで	正規・非正規
			年　月から　年　月まで	正規・非正規

資格・免許	資格・免許の種類	区分（〇で囲む）	資格取得年月日（取得済みの場合）
	保健師	取得済み　・　取得見込み	年　　月　　日

資格・免許 （欄が足りない場合は主なもの3つを記入）	資　格　・　免　許　名　称	取 得 年 月

私はおいらせ町が定める受験資格を有しており、この申込書の記載事項すべてについて相違ありません。

年　　月　　日　　氏名（自署）

添付書類

☐顔写真２枚（１枚は申込用紙貼付、写真裏面に氏名を記入）
☐保健師資格免許証の写し（取得見込の場合は、最終学歴の卒業見込証明書）

おいらせ町

※受付印	※担当者印