※受験番号	※受付年月日

職員採用候補者試験受験申込書

次のとおり宝達志水町職員採用候補者試験を受験したいので申し込みます。

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな		写真貼付 縦4cm×横3cm
氏　名 性　別	男・女	
職　種	・　薬剤師	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 生（満　　歳）	
ふりがな		
現 住 所	〒	
合格等通知先 現住所と同じ場合は同上と記入してください、	（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 〒	電話番号 携帯番号

1　学歴（最終学歴と高等学校以後の学歴を順に記入してください。）

学　校　名	学部・学科	所　在　地	在　学　期　間	
最終学歴			年　月～　年　月	年 月
その前			年　月～　年　月	年 月
その前			年　月～　年　月	年 月

2　職歴（自営業を含め、今までの職歴を記入してください。職歴がない場合は斜線を引いてください。）

勤　務　先 （部課まで）	勤務先の所在地	在　職　期　間		勤務の内容
		年　月	期　間	
現在の勤務先		年　月から 年　月まで	年　月	
その前		年　月から 年　月まで	年　月	
その前		年　月から 年　月まで	年　月	
その前		年　月から 年　月まで	年　月	
その前		年　月から 年　月まで	年　月	
その前		年　月から 年　月まで	年　月	

３　志望する動機について

４　免許・資格等（運転免許等保有する資格を記入してください。）

取得年月日	免　許　・　資　格

５　特技、特殊技能、得意学科などについて

６　健康状態、趣味、スポーツなどについて

私は、職員採用候補者試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏　名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）１　※印欄を除き、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
　　２　受験資格がない場合や受験申込書の記載事項に虚偽又は不正があると判明した場合には、合格を取り消します。