

受験番号	
------	--

※ 受験番号欄は、記入する必要はありません。

一宮市職員採用候補者試験申込書

申込年月日: 令和 年 月 日

(あて先)一宮市長

受験職種	保健師 (実務経験者)
------	-------------

写真 35mm × 40mm

受験者の情報

フリガナ 《必須》			
氏名 《必須》			
生年月日 《必須》	S・H 年 月 日 () 歳	性別	男 女
現住所 《必須》	〒 —		
電話番号 《電話・携帯電話 いずれか必須》		携帯電話番号	
連絡先住所	〒 — 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。		連絡先住所を記入した場合は書類の送付先を指定してください。 現住所 ・ 連絡先住所
連絡先電話番号			
連絡用メールアドレス 《必須》	@		

職歴情報 《必須》

勤務先名称		常勤/非常勤の別	正規/臨時の別
職務内容(受験資格の職務経験が確認できるように記載してください)		在職期間	
現在 (最終)		常勤 ・ 非常勤	正規 ・ 臨時
		年 月 ~	年 月
(その前)		常勤 ・ 非常勤	正規 ・ 臨時
		年 月 ~	年 月
(その前)		常勤 ・ 非常勤	正規 ・ 臨時
		年 月 ~	年 月
(その前)		常勤 ・ 非常勤	正規 ・ 臨時
		年 月 ~	年 月

(裏面)

学歴情報

学校名 学部・学科名		就学期間 卒・見込み等の別
最終 《必須》		年 月 ~ 年 月
		卒業・卒業見込み・中退
(その前) 《必須》		年 月 ~ 年 月
		卒業・中退
(その前) 《必須》		年 月 ~ 年 月
		卒業・中退
(その前)		年 月 ~ 年 月
		卒業・中退

資格・免許

名称	区分	取得(見込み)年月
普通自動車運転免許	有・無・見込み	年 月
保健師免許	有・見込み	年 月
	有・見込み	年 月
	有・見込み	年 月
	有・見込み	年 月
	有・見込み	年 月

下記の事項をご確認の上、署名してください。《必須》

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載事項は、事実と相違ありません。

署名

(自筆に限る。)