

太子町職員採用候補者試験申込書 I

受付印		ふりがな	性別	試験区分	受験番号
		氏名		保健師	※記載不要
		生年月日	平成 年 月 日 令和8年4月1日現在 (歳)		
現住所	〒 一 自宅() - 携帯() - メールアドレス @			令和 年 月 撮影	写真 縦4cm×横3cm
	※現住所と同じ場合は記入不要				・申し込み前6ヶ月以内に撮影のもの ・申し込み時に受験票(下部)と同一の写真を貼付
国籍	日本国籍 ・ 外国籍				
学歴	学校名	学部	学科	在学期間(和暦)	修学年数等
	最終			自 年 月 日 至 年 月 日	卒業 中退 年制
	その前			自 年 月 日 至 年 月 日	卒業 中退 年制
				自 年 月 日 至 年 月 日	卒業 中退 年制
職歴	勤務先	所在地	担当内容	週あたりの勤務時間	在職期間(和暦)
	最終			自 年 月 日 至 年 月 日	年月日
	その前			自 年 月 日 至 年 月 日	年月日
				自 年 月 日 至 年 月 日	年月日
				自 年 月 日 至 年 月 日	年月日
資格免許	名称			取得年月日(和暦)	
	普通自動車運転免許			有 (年 月 日) ・ 無	
				年 月 日	
				年 月 日	
障害の有無	無 ・ 有	手帳等の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
	障害の程度	等級 種 級 その他	障害名	※手帳等の写しを添付してください	
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おりません。 また、申込書記載事項に相違ありません。					
令和 年 月 日 氏名 _____ (必ず自署してください)					

(受付印割印)

太子町職員採用試験 受験票

試験区分	受験番号
保健師	※記載不要

ふりがな	
氏名	

※申し込み時に記載

写真 縦4cm×横3cm ・申し込み前6ヶ月以内に撮影のもの ・申し込み時に申込書(上部)と同一の写真を貼付 令和 年 月撮影
