

令和5年度中川町職員 採用資格試験申込書

試験区分	試験会場	※受験番号
保健師	中川町役場	

私は中川町職員採用資格試験を受験したいので、申し込みます。

(フリガナ)	性別	本籍
氏名 (自筆)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県
生年月日 年 月 日生 (令和5年4月1日現在 満 歳)		
現住所 〒		TEL
(同居先 様方)		
職歴又は学歴：現在(最終)の勤務先又は学歴		
私は、日本国籍を有するとともに地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しません。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(自筆)	※受付印	
	※担当者	印

《注意事項》

- 記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
- ※印欄以外の欄は、自筆でもれなく記入してください。
(フリガナも必ず記入のこと。)
□欄に該当する場合は□内に✓印を記入してください。
- 記入はすべてインク又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
数字は算用数字を用いてください。
- 住所欄には、同居人の場合は同居先を必ず書いてください。
なお、住所を変更した場合は直ちに連絡してください。
- 添付書類「所定用紙の履歴書」、「最終学歴の成績証明書」