

## 令和2年度採用 浦河町職員（保健師）採用試験受験申込書

ふりがな 氏名				職種区分	保健師	写真貼付  無帽・正面向き 縦4cm×横3cm 裏に氏名記入
			男・女	配偶者	あり・なし	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成 (令和2年4月1日現在満 歳)		人	家族数 (配偶者除く)		
住所	〒 -					
	電話 - - 携帯電話 - -					
連絡先 住所と別の場合記載	〒 -					
	電話 - -					
学歴 高校以降すべて	学校名	学部・学科		所在地	在学期間	
			卒業 中退	市・町・村	S・H・R	年 月から 年 月まで
			卒業 中退	市・町・村	S・H・R	年 月から 年 月まで
			卒業 中退	市・町・村	S・H・R	年 月から 年 月まで
			卒業 中退	市・町・村	S・H・R	年 月から 年 月まで
職歴 (無職の期間は「無職」と記入し、空白期間がないようにしてください。)	勤務先名称(部課名まで)		業種、勤務地、職務内容			在職(無職)期間
			業種、勤務地			S・H・R 年 月から
			職務内容			S・H・R 年 月まで (期間 年 月)
			業種、勤務地			S・H・R 年 月から
			職務内容			S・H・R 年 月まで (期間 年 月)
			業種、勤務地			S・H・R 年 月から
			職務内容			S・H・R 年 月まで (期間 年 月)
資格・免許	資格免許の名称		取得年月	資格免許の名称		取得年月
			.			.
			.			.
			.			.

浦河町を志望した動機

私は次のいずれにも該当しておりません。

1. 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
2. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
3. その他の地方公務員法第16条（欠格条項）に該当する者

ここに記載した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

（自筆で署名してください。押印は不要です。）

注意事項

1. ペン又はボールペンを使用し、自筆で、正確に記入してください。
2. 該当する項目に○をつけてください。
3. 記入欄が不足する場合は、別紙を使用してください。
4. 事実と異なる記載があるときは、採用される資格を失うことがあります。また、採用後も免職されることがあります。