

三戸町会計年度任用職員採用試験受験申込書

◎黒か青のボールペンで記入してください。※印欄は記入しないでください。写真は必ず貼ってください。

職 種	認知症地域支援推進員		受験番号	※	
ふりがな 1 氏 名					
2 生年月日	年 月 日生 (令和4年4月1日現在 満 歳)				
3 現住所	(〒 -) アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。 ----- () 方 TEL () - 携帯 () - () 方				
4 連絡先	(〒 -) 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。 ----- () 方 TEL () - () 方				
5 学 歴	学 校 名	学 部	学 科	期 間	○で囲む
	中学校	---	---	年 月から 年 月まで	卒
				年 月から 年 月まで	卒・() 年在 卒見・中退
				年 月から 年 月まで	卒・() 年在 卒見・中退
6 現在の職業	勤 務 先 名 称	所 在 地		勤務内容	在職期間
7 資格・免許	資格・免許の名称				取得年月日 年 月 日
8	私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。 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				

・写真は6ヶ月以内に撮影したもので正面からの顔写真とします。
・写真の大きさは縦 4cm 横 3cm 程度とします。
・写真の裏には必ず試験の種類と氏名を記入してください。

◎8の地方公務員法第16条の内容は、三戸町職員採用試験のお知らせ「2. 受験資格」に記載のとおりです。

※受付年月日	※受付係印	※受験票交付済印