

令和2年度採用

弥彦村職員採用試験（保健師） 受験申込書

※整理番号

職種	保健師	※受験番号				
ふりがな		生年月日	性 別	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">写 真</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;"> ・申込前6か月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・本人と確認できるもの ・写真のないものは、受理できません。 </p> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 10px;"> ・写真（縦4cm、横3cm）を3枚用意してください。 ・左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚はこの申込書と同時に提出してください。 </p>		
氏名		昭和 平成	年 月 日			男・女
現住所	(郵便番号 —)					
	(同居先 方) (電話番号)					
連絡先	(郵便番号 —)					
	(同居先 方) (電話番号)					
学 校 名	学部学科名	所 在 地		在 学 期 間	該当を○で囲む	
(最終)				昭和 平成	年 月 から	
				昭和 平成	年 月 まで	
(その前)				昭和 平成	年 月 から	
				昭和 平成	年 月 まで	
<p>私は、弥彦村職員採用試験（保健師）を上記のとおり受験したいので、申し込みます。</p> <p>なお、私は次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は事実と相違ありません。</p> <p>ア 日本国籍を有しない者</p> <p>イ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）</p> <p>ウ 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</p> <p>エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">令和 元 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏 名 ㊟</p>						
※受付日付印		※取扱者		※総合事務組合 受験者名簿記載 照 合	※受験票 送付確認 照 合	

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、令和元年6月17日（月）までです。受付時間は午前8時30分から午後5時15分までです。郵送の場合、6月17日までの消印のあるものに限り受け付めます。
受付期間経過後の申込みは、受け付けません。
（土曜日、日曜日、祝日等の閉庁日は受付いたしません。）
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 ※印以外の欄は全て記入してください。
- 4 記載は、全て青か黒インクを用いてください。
- 5 数字は全て算用数字を用いてください。
- 6 第1次試験の受験票は、後日送付します。（7月23日頃を予定）
- 7 この受験に関する照会は、弥彦村役場 総務課 庶務係（電話0256-94-3131）に申し出てください。