

令和4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 氏 名	生年月日 年 月 日		性 別 男・女		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">写 真</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申込前6ヵ月以内撮影 ・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。 </div> <p>○ 写真(たて4cm、よこ3cm)を3枚用意してください。</p> <p>○ 左の欄に1枚をのりではり、他の2枚はこの申込書と同時に提出してください。</p>		
(郵便番号 —) 現住所							
(同居先 方)(電話番号)							
学 校 名	学 科 名	所 在 地		在 学 期 間	該当を○で囲む		
(最終)				年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退		
(その前)				年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退		

令和 年 月 日撮影

私は、弥彦村職員採用試験(保健師)を受験したいので、申し込みます。
 なお、わたしは次に掲げる各号のど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。

- ア 日本国籍を有しない者
- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで又はその執行を受けることができなくなるまでの者
- ウ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法また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

令和 年 月 日

氏 名

※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、8月10日(火)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。(ただし、土曜日、日曜日、祝日等の休日は受付いたしません。)なお、受付期間経過後の申込みは、受け付けません。(注)郵送の場合、8月10日までの消印のあるものに限り受け付ます。
- 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 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 ※印以外の欄はすべて記載してください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 受験票は、後日、送付します。
- 7 この受験に関する照会は、弥彦村役場 総務部 総務課 総務人事係へ(電話0256-94-3131)