

令和2年度 阿武町職員採用試験 受験申込書

※必ず申込者本人が記入してください。

※試験職種を○で囲む

ふりがな		試 験 職 種	受験地	受験番号
氏名	男 女	○ 看 護 師	阿武町	
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
現住所	〒 —			
	電話() — 携帯等() —			
緊急連絡先 (帰省等)	〒 —			
	電話() — 携帯等() —			

※緊急連絡先が、現住所と同じ場合は「同上」と記入

資格取得	資格・免許の名称	取得(見込)年月
		昭和・平成・令和 年 月 取得・取得見込
※足りない 場合は別紙 を添付		昭和・平成・令和 年 月 取得・取得見込
		昭和・平成・令和 年 月 取得・取得見込

■学 歴 ※高等学校から学歴順に記入

学 校 名	学 部	学 科	専 攻	所在地(区市町村まで)	在学期間	修学区分
					年 月から 年 月まで	() 卒 卒見込 在学中 中 退
					年 月から 年 月まで	() 卒 卒見込 在学中 中 退
					年 月から 年 月まで	() 卒 卒見込 在学中 中 退

■職 歴 ※足りない場合は別紙を添付

勤 務 先 (部・課名まで)	所在地(区市町村まで)	在職期間	職 務 内 容
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

私は、阿武町職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は右の各号のいずれにも該当していません。
 また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日(申込書記載日)

氏名(自署) _____

1. 日本国籍を有しない人
2. 成年被後見人又は被保佐人
3. 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人
4. 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人