

※受験番号 C -

伊達市職員(資格免許職)採用候補者試験申込書

氏名(ふりがな) ()		性別 男・女	生年月日 (平成元年4月2日～) 平成 年 月 日	
連絡先住所(合格通知書等送付先) 〒(-) 電話(- -)				
第2連絡先住所(帰省先等住所) 〒(-) 電話(- -)				
学歴等(高校から最終の学校又は現在在学中の学校、職歴まで、順に記載してください)				
学校等名	学部名	学科名	在学期間	修学区分
高校			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> ()学年在中 <input type="checkbox"/> ()年中退
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> ()学年在中 <input type="checkbox"/> ()年中退
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> ()学年在中 <input type="checkbox"/> ()年中退
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> ()学年在中 <input type="checkbox"/> ()年中退
保健師免許取得状況				
免許の名称		取得(見込)年月日		
保健師免許		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
免許・資格・検定等				
名称		取得年月日		資格免許等取扱機関名
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
伊達市職員採用試験を受験したいので、以上のとおり申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。 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。 年 月 日 (本人署名)				

(注意) 1 黒インク又は黒ボールペンで、※欄を除くすべての欄に記入してください。
2 該当するものは○で囲み、数字は算用数字を使用してください。