

受 験 申 込 書

令和 年 月 日記入日現在

受験 職種	☐ 看護師 ☐ 介護職員（会計年度任用職員）
	☐ 介護支援専門員 ☐ 理学療法士・作業療法士
	☐ 管理栄養士 ☐ 薬剤師

学歴：☐高校卒 ☐短大卒 ☐専門学校卒 ☐大学卒

※☐部分については、該当する項目に ☒ を記入してください。

ふりがな				男・女
氏 名				
生年月日	年 月 日（満 歳）			
現住所 （書類等送付先）	〒 -			
電話番号	-	-	（自宅TEL・他（ ）） （携帯TEL）	
E-Mail	※任意記入			
健康状態 （通院状況）	☐ 良好 ☐ やや不調 ☐ 通院中	心身の障害	☐ なし ☐ 身体（ 種 級） ☐ 知的（ ☐ A ・ ☐ B） ☐ 精神（ 級）	
	障がい名：			

写真貼付

※大きさ
縦4cm
横3cm

※脱帽、正面顔、
背景無地
※3か月以内撮影
※受験票と同じもの
に限る

※各項目について、記載欄が不足する場合は別紙（任意）記入し、添付してください。

●学歴（中学校卒業以降を記入。入学は記入不要。学校名だけでなく学部・学科も記入。）

年	月	学校名 等
平成・令和		中学校 卒業
平成・令和		卒・卒見込・中退
平成・令和		卒・卒見込・中退
平成・令和		卒・卒見込・中退
平成・令和		卒・卒見込・中退

氏名 _____

●職歴（アルバイト期間がある場合は、上記在学期間以外のものを記入。正社員等の別に○）

勤務先	職務内容	正規・非正規	在職期間
		正・非	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
		正・非	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
		正・非	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
		正・非	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
		正・非	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日

●免許・資格（運転免許ありの方は、「MT・AT限定」どちらかに○をつけてください。）

年号	月	事 項
平成・令和		普通（中型）免許（MT・AT限定）
平成・令和		
平成・令和		
平成・令和		

注意事項：以下については黒のペンで自筆で記入してください。（簡易に消せるペン不可）

※個人情報の取扱

提出書類は職員採用試験の選考及び採用に関する事務の利用目的の達成に必要な範囲で利用し、それ以外の目的では利用しません。ただし、採用者の個人情報、人事情報として利用いたします。

私は、当該受験職種に係る白老町職員採用試験受験案内の記載事項を了承の上、受験を申し込みます。

当該受験案内に掲げる受験資格をすべて満たすとともに、地方公務員法第16条の規定にも該当しておりません。

また、この受験申込書に記載している事項については、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

署名 _____