

遠軽町職員採用試験申込書（保健師）

（記入要領）

- 1 A 4判の白無地用紙に両面印刷して使用してください。
- 2 黒インク又は黒ボールペンを用い、自筆で記入してください。
- 3 選択は、□にレ印、項目に○印をつけてください。

写真貼付

4 cm × 3 cm

3か月以内
撮影のもの

ふりがな		性別	
氏名		男 ・ 女	
生年月日	平成 年 月 日 (令和3年4月1日現在 満 歳)		
現住所	〒 -		
	電話 ()	携帯 ()	
連絡先	〒 -		
	電話 ()	携帯 ()	
試験結果の送付先（いずれかを選択してください）		<input type="checkbox"/> 現住所	<input type="checkbox"/> 連絡先

学歴（中学校以降の学歴を順番に記入してください。）

学校名	学部・学科	在学期間	卒業状況
中学校	/	年 月	卒業
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込

職歴（在学中のアルバイトは除きます。）※在職中の場合は、在職期間の後段は空欄で構いません。

勤務先名	仕事の内容	在職期間	雇用形態
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 正規以外
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 正規以外
		年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 正規以外

免許・資格

免許・資格の名称	取得（見込）年月	取得状況
	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
	年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込

遠軽町職員を志望した動機	
自覚している性格	
これまでに一番努力したこと	
学校活動・クラブ活動・ボランティア活動等	
得意な科目	苦手な科目
趣味・特技	健康状態
自己PR	
この申込書に記入した事項は、事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名	

(注) 記載した事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。