

## 令和6年度 多良木町職員採用試験申込書

職 種		受験番号			氏 名 (上段:ふりがな)			
保健師(資格免許職)								
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	性別	<input type="checkbox"/> 男	国籍	<input type="checkbox"/> 日本
	<input type="checkbox"/> 平成	令和7年4月1日現在で満 歳				<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 日本以外
現住所	郵便番号	-		電話番号	- -			
書類等送付先	郵便番号	-		電話番号	- -			
免許・資格								
名 称				取得(予定)年月				
				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		
学 歴								
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間	卒・在学 等区分			
(最終)				年 月から 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退			
(その前)				年 月から 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退			
(その前)				年 月から 年 月まで	卒・卒見込 — 年在学 — 年中退			

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、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名(自筆)

## 写 真 票

<p style="text-align: center;">写真貼付</p> <p>6か月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。</p>	職 種
	保健師(資格免許職)
	受験番号
	氏 名
	教養 適性 作文 専門

## 令和6年度 多良木町職員採用試験 受 験 票

職 種	保健師(資格免許職)
受験番号	
氏 名	
【第一次試験の注意事項】	
日 時	令和 年 月 日 ( ) 時 集 合
会 場	多良木町役場 多良木町大字多良木1648番地
持参品	受験票・筆記用具(HBの鉛筆, 消しゴム)
駐車場	多良木町役場駐車場をご利用ください。

【お問い合わせ】 多良木町役場総務課総務係(TEL: 0966-42-6111)