

佐井村職員採用試験 受験申込書

◎黒か青のインク又はボールペンで記入してください。

(写真欄)

試験職種	中級試験 保健師		
(ふりがな) 1 氏 名			2 性 別
3 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (令和4年4月1日現在 満 歳)		
4 現 住 所	(〒 -) アパートの場合は、棟室番号まで詳しく記入してください。		
	(方)		
5 連 絡 先	TEL () - (方)		
	携 帯 () - (方)		
6 学 歴	学 校 名	期 間	そ の 他
	中学校	年 月から 年 月まで	卒業
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
7 現在の職業	勤務先名称	所 在 地	勤務内容
			在職期間 年 月から
8 資格・免許			
私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。			
9	令和 年 月 日	氏名 (自書してください。)	

○必ず写真を貼ってください。
○写真は6ヶ月以内に撮影したもので正面からの顔写真とします。
○写真の大きさは縦4cm、横3cm程度とします。

令和 年 月撮影

※9番の地方公務員法第16条に規定する欠格条項のうち以下に該当する者

- ① 禁固刑以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで又はその執行をうけることがなくなるまでの者
- ② 佐井村の職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しないもの。
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、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、又はこれに参加した者