

聖籠町職員採用（保健師）試験受験申込書

				※整理番号				
職種	保健師		※受験番号					
ふりがな 氏名			・ 生年月日 年 月 日生 ・ 性別 男・女			(写 真) ・ 申込前6月以内撮影 ・ 脱帽、上半身、正面向 ・ 写真のないものは、受理できません 令和 年 月 日撮影 ・ 写真(縦4cm、横3cm)を3枚用意してください。 ・ 左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚はこの申込書と同時に提出してください。		
現住所 (郵便番号 ー) (同居先 方)(電話)								
受験票・試験結果送付先 ※現住所と同じ場合は記入不要 (郵便番号 ー) (同居先 方)(電話)								
学 歴								
学 校 名		学部学科名		所 在 地		在 学 期 間		
(最終)						年 月から 年 月まで 卒、卒見、中退		
(その前)						年 月から 年 月まで 卒、卒見、中退		
試験会場（どちらかを○で囲む。申込後の変更はできません。）								
新潟会場 東京会場								
私は、聖籠町職員採用（保健師）試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。 なお、私は次のいずれにも該当しておりません。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。 ア 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 イ 聖籠町職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 ウ 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、又はこれに加入した者 令和 年 月 日 氏 名								
※受付 日付印		※取扱者印		※総合事務 組合受験者 名簿記載照合		※受験票 送付確認 照合		

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、令和6年6月5日（水曜日）午後5時15分までです。ただし、郵送の場合は、令和6年6月5日（締切日）の消印のあるものに限り受け付けます。
なお、受付期間後はいかなる理由があっても受け付けません。
受付時間は、午前8時30分から午後5時15分までです（ただし、土曜日及び日曜日を除く。）。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 ※印以外の欄はすべて記載してください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 受験票は、後日、送付します。
- 7 この試験に関する照会は、聖籠町役場総務課職員採用担当（電話 0254-27-2111 内線 225）に申し出てください。