

受付年月日	受付番号	係印

**平成27年度
栄村職員（平成28年度）採用候補者試験申込書**

ふりがな				性別	試験の名称	試験区分
氏名				男・女	中級	保健師 看護師
生年月日	年	月	日生			
国籍						
現住所	(〒 -) TEL - - (方)					
連絡先	(〒 -) ※現住所以外の連絡先がある場合は記入してください TEL - - (方)					
最終学歴	学校名	学部・学科名	在学期間		卒・卒見・中退 その他	
			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他 ()	

私は栄村職員採用候補者試験を受験したいので申し込みます。

私は平成27年度栄村職員(平成28年度)採用候補者試験受験案内を熟読し、当該受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

栄村長様

氏名； ⑩

[写真欄]

申し込みの際必ず写真を貼ってください。(写真のないものは受け付けできません。)

- ・申込日前1ヶ月以内に撮影したもの
- ・帽子をとって正面から写したもので本人と確認できるもの
- ・縦5cm、横4.5cmほどのもの

