

受付年月日	受付番号	係印

平成 2 1 年度栄村職員採用候補者試験申込書（中級）

ふりがな				性別	試験の名称	試験区分
氏名				男・女	中級	看護師
生年月日	昭和・平成	年	月	日生		
国籍						
現住所	(〒 -) TEL - - (方)					
学	学校名	学部・学科名	在学期間		卒・卒見・中退 その他	
	高等学校		年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他()	
歴			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他()	
			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他()	
			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他()	
(本人の現住所が栄村以外の場合) 父母等(世帯主)の住所		(〒 -)				
父母等(世帯主)氏名		(続柄:)				
電話・連絡先		TEL - - (方)				
<p>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。</p> <p>私は平成 2 1 年度栄村職員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に相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>栄村長様</p> <p>氏名;</p>						<p>[写真欄]</p> <p>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。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申込日前 1 ヶ月以内に撮影したものの ・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 5 cm、横 4 . 5 cm ほどのもの