

受付年月日	受付番号	係印

## 平成 2 2 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			
国籍						
現住所	(〒 - ) TEL - - (方)					
学    歴	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 ( )	
				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 2 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と相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>栄 村 長 様</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ; .....<sup>Ⓜ</sup></p>				<p style="text-align: center;">[ 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"> <li>・申込日前1ヶ月以内に撮影したもの</li> <li>・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</li> <li>・縦5cm、横4.5cmほどのもの</li> </ul>		