

令和5年4月実施 小川町職員(保健師)採用試験受験申込書

受験番号
(記入不要)

職種区分	保健師	採用希望(可能)日 ※いずれかを○	6月1日	7月1日
フリガナ		性別	生年月日	昭・平 年 月 日
氏名				(令和5年4月1日現在:満 歳)
現住所 【書類の送付先】	〒 -	電話	-	-
		Mail		
連絡先	〒 -	電話	-	-

※ 帰省先等、現住所以外に連絡先がある場合にのみ記入

【顔写真】
縦4cm横3cm
・脱帽・正面向きで、6ヶ月以内に撮影したもの
・裏面に氏名記入

令和5年4月実施
小川町職員採用試験
受験票

【顔写真】
縦4cm横3cm
・脱帽・正面向きで、6ヶ月以内に撮影したもの
・裏面に氏名記入

※ 高等学校以上で現在までの学歴を、すべて記入すること。

学歴	学校名	学部・学科・専攻等	在学期間	修学区分
1.最終			平・令 年 月から 平・令 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
2.その前			平・令 年 月から 平・令 年 月まで	卒業・中退
3.その前			平・令 年 月から 平・令 年 月まで	卒業・中退

※ 現在までの職歴を、新しいものから順に記入すること。

職歴	勤務先(部・課まで)	勤務内容	在職期間
1.最終			平・令 年 月から 平・令 年 月まで 又は 在職中
2.その前			平・令 年 月から 平・令 年 月まで
3.その前			平・令 年 月～ 平・令 年 月まで

※ 自動車免許を含めて記入すること。書ききれない場合は、特に記載したいものを選んで記入してください。

資格免許	種類・名称	取得(見込)年月日	種類・名称	取得(見込)年月日
		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日

備考
※ 身体に障害がある人や、けが等で通常の椅子では受験に支障がある人など、受験の際に配慮が必要な場合は記入してください。
※ 他の公務員試験を受験している(する)場合には、その旨を記入してください。

私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。また、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

令和 年 月 日 (必ず自署すること) 氏名 _____

- ※ 顔写真は、申込書と受験票に同じ写真を使用すること。(裏面に氏名を記入の上、はがれ落ちないようにしっかり貼り付けること。)
- ※ 申込書の提出後、記載事項に変更が生じた場合は、直ちに申し出ること。
- ※ 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。
- ※ 提出された申込書は返却しません。
- ※ 申込書に記載された個人情報、職員採用に係る事務のみに用い、他の業務で利用したり公開をすることはありません。

切り取らないでください。

受験番号
(記入不要)

フリガナ
氏名

職種区分
区分を○で囲む
保健師

〈注意事項等〉

- ・この受験票は、令和5年4月27日(木)までに送付いたします。
- ・試験日は、令和5年4月30日(日)です。
- ・試験時間は、受験者ごとに異なります。必ず通知をご確認ください。
- ・試験当日は、受験票を確認しますので、必ず持参してください。

試験会場案内図 (小川町役場庁舎)



小川町役場
〒355-0392
埼玉県比企郡小川町大字大塚 55 番地
TEL 0493-72-1221(代表)

東武東上線・JR八高線
小川町駅下車 徒歩3分

※ 試験を欠席する場合は、必ず連絡を
してください。

切り取らないでください。