

# 令和8年2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				
フリガナ		性別		生年月日	昭・平 年 月 日
氏 名					(令和8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の  
・裏面に氏名記入

学 歴	※ 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	

職 歴	※ 現在までの職歴を、新しいものから順に記入すること。				
	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		

資 格 免 許	※ 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。			
	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は、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。

# 令和8年2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の  
・裏面に氏名記入

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8年2月22日(日)までに送付いたします。
- ・試験日は、令和8年2月24日(火)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。

切り取らないでください。