

# 柏原市職員採用資格試験申込書

受験職種	保健師		受験番号	番
ふりがな			性別	成績開示希望
氏名				有・無
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)

《 写 真 》  
 上半身・脱帽・無背景  
 注) 過去3か月以内に撮影したもの  
 縦 4.5cm × 横 3.5cm

◎成績の開示を希望する場合は、成績開示希望欄の「有」に○、希望しない場合は「無」に○を記入してください。  
 (※不合格の場合のみ通知します。)

現住所	〒 ー		
	◎地番まで詳しく(アパート・マンション等は室号、下宿の場合は○○方まで)記入してください。		
結果通知送付先住所	〒 ー		
	◎現住所と同じ場合は記入不要です。		
電話連絡先(申込者本人と確実に連絡のとれる電話番号)	TEL ( )	ー	
上記以外の電話連絡先	TEL ( )	ー	

学歴 ※中学校については、具体的な学校名は不要です。

学校名	学部学科名	在学期間(元号で記入すること)	所在地
中学校		年 月 入学	都道府県
		年 月 卒業	
		年 月 入学	都道府県
		年 月 卒業・卒見込	
		年 月 入学	都道府県
		年 月 卒業・卒見込	
		年 月 入学	都道府県
		年 月 卒業・卒見込	

職歴 ※記入欄が不足する場合は、別紙に記載してください。(様式は任意です。)

勤務先名	在職期間(元号で記入すること)	所在地等
	年 月 就職	(所在地)
	年 月 退職	(勤務内容)
	年 月 就職	(所在地)
	年 月 退職	(勤務内容)
	年 月 就職	(所在地)
	年 月 退職	(勤務内容)

免許・資格 ※記入欄が不足する場合は、別紙に記載してください。(様式は任意です。)

	昭和・平成・令和	年	月	取得・見込
	昭和・平成・令和	年	月	取得・見込
	昭和・平成・令和	年	月	取得・見込

私は、柏原市職員採用資格試験を受験したいので申し込みます。なお、私は、柏原市職員採用資格試験要綱に掲げてある受験要件をすべて満たしており、かつ、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

(氏名及び年月日は必ず自署してください。)

