

平成30年度伊賀市職員選考採用試験受験申込書

受験職種 **歯科衛生士**

受験番号 (市記入欄)

写真
縦4cm
横3cm
申込日前3ヶ月以内に無背景、脱帽、上半身正面向きにて撮影した写真(裏面に氏名記入)を貼付

平成 年 月 日現在

フリガナ		性別
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
フリガナ		
現住所	Tel. - -	
フリガナ		
連絡先	Tel. - -	

(連絡先欄は、帰省地などの現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。)

学 歴 (中学校から順に最終学歴(在学中を含む。)まですべて記入のこと。)						
学 校 名	学部名	学科名	期 間		区 分	
			年	月から	卒	年中退
			年	月まで	卒見	年在学
			年	月から	卒	年中退
			年	月まで	卒見	年在学
			年	月から	卒	年中退
			年	月まで	卒見	年在学
			年	月から	卒	年中退
			年	月まで	卒見	年在学

職 歴 (ある場合は古い順に現在の職まですべて記入のこと。(臨時職員・パートを含む。))		
※ 同一グループ内での異動や、社名変更等による勤務先の変更については、その旨を記載してください。		
勤 務 先	所在市町村	期 間
		年 月から
		年 月まで
		年 月から
		年 月まで
		年 月から
		年 月まで
		年 月から
		年 月まで

資 格 (自動車運転免許を含む。) 歯科衛生士免許等については見込みも記載してください。	
取 得 年 月 日	免 許 資 格 等 の 名 称
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

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、申込書に記載したことは、事実と相違ありません。

氏名 (自署のこと。)