

令和2年度伊賀市職員選考採用試験受験申込書

受験職種	言語聴覚士・歯科衛生士 (受験する職種に○をつけてください。)
------	------------------------------------

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

年 月 日現在 (すべて和暦で記載してください。)

フリガナ		性別(※1)	
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (満 歳)
フリガナ			
現住所	〒 -	TEL	- -
		緊急連絡先(必ず記載してください。)	TEL - -
フリガナ			
連絡先(※2)	〒 -	TEL	- -

※1 性別欄は、戸籍上の性別を選択してください。
 ※2 連絡先欄は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載してください。

学 歴 (中学校から順に最終学歴(在学中を含む。)まですべて記載のこと。)						
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載のこと。(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
		年	月から
		年	月まで

免許資格等(自動車運転免許を含む。) ※受験資格に必要な免許資格等については、取得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。)