

令和4年度伊賀市職員選考採用試験受験申込書

受験職種	薬剤師・臨床検査技師 (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、戸籍上の性別を記載してください。

※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。)