

令和7年度伊賀市職員採用選考受験申込書

受験職種	管理栄養士・作業療法士・言語聴覚士 (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 (すべて和暦で記入してください。)

フリガナ	
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(必ず記入してください。) TEL - -		
フリガナ			
連 絡 先 (※)	〒 - TEL - -		

※ 連絡先欄は、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、その旨を記入してください。		
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

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、取得見込みも記入してください。	
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。)