令和９年度　日高町職員（会計年度任用職員）採用試験申込書

試験区分	介護支援専門員	◎受験番号

上半身脱帽
６か月以内

撮影の写真
4cm×3cm

私は、日高町職員（会計年度任用職員）採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は地方公務員法第１６条各号のいずれにも該当しておりません。また、申込書記載事項に相違ありません。
令和　年　　月　　日

ふりがな
氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和・平成　　年　　月　　日生	性　別	

現 住 所（〒　　－　　）	電話番号 市外局番（　　） －
連 絡 先　〒　　－　　） （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。）	電話番号 市外局番（　　） － （　　方呼出）

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）
学　　歴		
		中学校卒業
職　　歴		

年	月	免　許・資　格・検　定

志望の動機
趣　　味
本人希望記入欄

※記入注意

1．青又は黒色のインク又はボールペンを用い、文字はくずさずに、かい書で丁寧に記入してください。鉛筆、消せるボールペンなど、消えやすい筆記具で記入しないでください。
2．数字はアラビア数字を用い、ふりがなはひらがなで年月日は和暦で記入してください。
3．◎印以外の該当欄はもれなく記入してください。
4．電話番号は申込者本人と確実に連絡のとれる番号を記入してください。
5．学歴は中学校から最終学歴まで順に記入してください。
6．職歴（自営業も含む）は、古い順に記入してください。
7．記入に不正があると受験が無効になります。

◎受 付 印