

※受験番号

令和5年度実施

胎内市職員採用試験 受験申込書

職 種	<input type="checkbox"/> 保健師		
ふりがな		生年月日	性別
氏 名		昭和・平成 年 月 日生	
現住所	郵便番号 - (電話 - - ) (携帯電話 - - )		
合 否 通知先	郵便番号 - <input type="checkbox"/> 現住所と同じ (電話 - - ) (携帯電話 - - ) (メールアドレス【必須】)		

	学 校 名	学部学科名	所 在 地	在 学 期 間	該当を○で囲む
学 歴	(最終の一つ前)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退
	(最終)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退

車椅子を使用して受験する場合はを付けてください。

車いすを使用  電動車いすを使用

この試験のほかに受験する又は受験した採用試験を挙げてください。(採用の評価には影響しません)

あなたは、この募集情報を何で得ましたか。(当てはまるもの全てに)

市報たいない 胎内市ホームページ 家族 知人・友人 学校(進路指導)  
採用情報サイト(サイト名 ) その他( )

私は、胎内市職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。  
なお、私は次のいずれにも該当しておりません。また、この受験申込書の全ての記載事項は、事実と相違ありません。

- ア 日本国籍を有しない者
- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ウ 胎内市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

年 月 日

氏 名

(自署のこと)

※受付 日付印		※取扱者		※総合事務組 合受験者名簿 記載照合		※受験票 送付確認 照合	
------------	--	------	--	--------------------------	--	--------------------	--

## 注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、8月4日（金曜日）午後5時15分までです。郵送の場合は、8月4日までの消印があるものに限り受け付けます。なお、受付期間経過後の申込みは、いかなる理由があっても受け付けません。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 ※印以外の欄は、全て記入してください。
- 4 鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入してください。
- 5 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書いてください。
- 6 受験票は、後日送付します。
- 7 この試験に関するお問合せは、胎内市総務課人事係（電話0254-43-6111 内線1323）に申し出てください。

### 印刷時の注意事項

- ・市のホームページから様式をダウンロードする場合は、A4サイズで印刷してください。
- ・この注意事項のページは、提出不要です。