

令和7年度

阿賀町職員採用試験(保健師)受験申込書

※整理番号

職 種	保健師	※受験番号	
ふりがな		生年月日	性別(注)
氏 名		年 月 日生	
現住所		(郵便番号 ー)	
(同居先 方) (電話番号)		(郵便番号 ー)	
連絡先(注)		(同居先 方) (電話番号)	

写 真

- ・申し込み前6か月以内撮影
- ・脱帽、上半身、正面向
- ・本人と確認できるもの
- ・写真のないものは受理できません。

・写真(縦4cm横3cm)を3枚用意してください。
・左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚はこの申込書と同時に提出してください。

年 月 日撮影

学 歴				
学校名	学部学科名	所在地	在学期間	該当を○で囲む
(最終)			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退
(その前※中学校は記載不要)			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退

私は、阿賀町職員採用試験(保健師)を上記のとおり受験したいので申し込みます。
なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべ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 禁錮以上の刑に処され、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者
- ウ 公務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の日において、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

令和 年 月 日

氏 名

印

※受付日付 印		※取扱者		※受験票送付 確 認 照 合	
---------	--	------	--	----------------	--

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、6月30日(月)午後5時までです。郵送の場合は、6月30日の消印があるものに限り受け付けます。受付期間経過後の申し込みは受け付けません。
- 2 性別欄の記載は任意です。
- 3 連絡先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。
- 4 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。
- 5 記載は、すべて黒か青インクを用いてください。
- 6 太枠内はすべて記載してください。
- 7 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 8 受験票は、後日送付します。
- 9 この受験に関する照会は、阿賀町役場総務課(電話0254-92-3113 内線212)に申し出てください。