

令和7年度

阿賀町職員採用試験(介護支援専門員)受験申込書

※整理番号

職 種	介護支援専門員	※受験番号			
ふりがな		生年月日	性別(注)		
氏 名		年 月 日生			
現住所			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		
(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)					
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(介護支援専門員)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日必着。
- 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。