

受付年月日	受付番号	係印

## 平成 2 1 年度栄村職員採用候補者試験申込書（中級）

ふりがな				性別	試験の名称	試験区分
氏名				男・女	中級	看護師
生年月日	昭和・平成	年	月	日生		
国籍						
現住所	(〒 - ) TEL - - (方)					
学	学校名	学部・学科名	在学期間		卒・卒見・中退 その他	
	高等学校		年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他( )	
歴			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他( )	
			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他( )	
			年 月から	年 月まで	卒・卒見・中退 その他( )	
(本人の現住所が栄村以外の場合) 父母等(世帯主)の住所		(〒 - )				
父母等(世帯主)氏名		(続柄: )				
電話・連絡先		TEL - - (方)				
<p>私は栄村職員採用候補者試験を受験したいので申し込みます。</p> <p>私は平成 2 1 年度栄村職員採用候補者試験受験案内を熟読し、当該受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>栄村長様</p> <p>氏名; .....</p>						<p>[ 写真欄 ]</p> <p>申し込みの際必ず写真を貼ってください。(写真のないものは受け付けできません。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・申込日前 1 ヶ月以内に撮影したものの</li> <li>・帽子をとって正面から写したもので本人と確認できるものの</li> <li>・縦 5 c m、横 4 . 5 c m ほどのもの</li> </ul>