

受付年月日	受付番号	係印

平成 2 2 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)			
学歴	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 ()
			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 2 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 style="text-align: right;">氏名;^印</p>			<p style="text-align: center;">[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"> ・申込日前1ヶ月以内に撮影したもの ・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 ・縦5cm、横4.5cmほどのもの 	