

受付年月日	受付番号	係印

平成25年度栄村職員採用候補者試験申込書

ふりがな				性別	試験の名称	試験区分
氏名				男 ・ 女	初 級	一般事務 歯科衛生士
生年月日	年	月	日生		中級	看護師
国籍						
現住所	(〒 -) TEL - - (方)					
連絡先	(〒 -) ※現住所以外の連絡先がある場合は記入してください TEL - - (方)					
最終学歴	学 校 名	学部・学科名	在学期間		卒・卒見・中退 その他	
			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 その他 ()		
栄村出身者の場合に記入してください 父母等（世帯主）の住所		(〒 -) TEL - - (方)				
父母等（世帯主）氏名		(続柄：)				
<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25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 ; ⑩</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 	

