

令和7年6月採用

長和町会計年度任用職員（保健師）採用試験申込書

ふりがな氏名		性別	男女	番号	※
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳） （どちらか○）			写 真 （ 上 半 身 ）	
現住所	〒 （ 区）電話				
連絡先	〒 電話				

学歴				○学校名は中学校から記入し、学部・学科等も記入してください。 また、所在地は市町村名まで記入してください。			
学 校 名 (学部・学科)		所 在 地		修 学 期 間		備 考	
中学校				年 月 日から 年 月 日まで			
()				年 月 日から 年 月 日まで			
()				年 月 日から 年 月 日まで			
職歴							
○今までに職務経験があれば、記入してください。 なければ、「該当なし」と記入してください。							
勤 務 先		所 在 地		在職期間		職務内容	

免許・資格					
年	月	種 別			備 考
応募の 動機					
趣味・ 特技				要望 事項	
配 偶 者 の 有 無	有 ・ 無		配 偶 者 の 扶 養 義 務	有 ・ 無	扶養家族数 (配偶者を除く)
				人	

私は、この採用試験（保健師）を受験したいので申し込みます。

なお、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。

年 月 日

長和町長 羽田 健一郎 様

氏 名 _____

※欄には記入しないでください。