

令和6年度 大町町職員採用(保健師) 選考申込書 (履歴票)

ふりがな			写 真 欄	受 験 番 号
氏 名			・ 大きさ 縦4cm×横3cm 4月以降に無帽、上半身、正面向きで撮ったもので本人と確認できるもの ・ 写真の裏面に忘れずに氏名を記入し、のりを付けてこの欄に貼ってください。	選 考 区 分
生 年 月 日		年 齢		
昭和				
平成	年 月 日	歳		
ふりがな			電話	
現住所 〒				
ふりがな			電話	
連絡先 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)				

[illegible]

※年齢は令和7年4月1日現在の満年齢

年	月	免許・資格
		保健師免許取得(取得予定)
【趣味】		
【特技】		
【自己紹介（私のひとがら、アピールポイントなど）】		
【この試験を受験した理由（できるだけ具体的に）】		
私は、令和6年度 大町町職員採用選考公告「2 受験資格の(1)～(4)」に該当しないことを誓約します。		
署名		