

深川市職員採用試験申込書

1. 職 種	<input type="checkbox"/> 看護師、助産師、保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師、臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 病院事務（診療情報管理士、施設管理事務、 <input type="checkbox"/> その他（	写真貼付 ・縦4.5cm× 横3.5cm ・上半身・正面・脱帽 ・3カ月以内に撮影	
2. 氏 名	(ふりがな) _____ _____	3. 性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
4. 生年月日	昭和・平成 年 月 日生（令和 年 月 日現在 歳）		
5. 現住所	〒 _____ _____ メールアドレス _____ TEL（ ） -		
6. 連絡先	〒 _____ _____ TEL（ ） -		
◇ 受験票等送付希望先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先			
7. 学 歴 (高等学校 → 大学・短期大学の順に記入)			
修 学 期 間	学 校 名	所 在 地	専 攻 科 目
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
8. 資格 又は 免許の取得状況			
資格又は免許名	取 得 年 月	資格又は免許名	取 得 年 月

9. 職歴（自営を含む） <input type="checkbox"/> 有（下記に記入のこと） <input type="checkbox"/> 無				
期 間	年 数	勤 務 先	住 所	退職の理由
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
自 年 月 至 年 月	年 カ月			
10.市の職員を志願した理由 を書いてください。				
11. あなたはどんな趣味・ 特技を持っていますか。				
12. 住宅関係について書いて ください。 (採用となった場合)		<input type="checkbox"/> 自 家 <input type="checkbox"/> 間 借 (通勤方法) <input type="checkbox"/> 借 家 <input type="checkbox"/> 下 宿 (通勤所要時間)		
13. あなたの健康状態		<input type="checkbox"/> 極めて壮健である。 <input type="checkbox"/> 壮健とまではいかないが、病気はほとんどしない。 <input type="checkbox"/> 病気をしたことがある。(病名)		
私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。 1. 就業が制限されている在留資格者 2. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 3. その他地方公務員法第16条（欠格条項）に該当する者				
深川市職員採用試験申込書に記入した事項は、全て事実であることを私はここに誓います。 令和 年 月 日 氏 名 (印)				

(記 入 要 領)

- ① 記入事項に虚偽があると採用される資格を失うことがあります。
- ② 該当する□の中にはレ印を記入して、該当する事項は○で囲んで下さい。
- ③ 全て黒インク又は黒ボールペンを使用し、丁寧に記入して下さい。