

令和7年度採用

川越市会計年度任用職員採用試験

受 験 申 込 書

記入年月日 令和 7 年 月 日

受 験 番 号

職 種
看護師、保健師、保健事業執務者、 介護支援専門員、介護認定調査員、 歯科衛生士

希望職種

(募集案内を参考に希望する募集番号を記入)

ふ り が な		性別	写 真 3か月以内に 撮影した上半身 無帽正面向き 4cm×3cm
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳) 平成		
ふ り が な			電 話 番 号
現 住 所	〒 —		(自宅)
			(携帯電話番号)
結果通知先	〒 — (上記住所と同じ場合は記入不要)	(メールアドレス)	

学 歴		
学 校 名 (学部・学科・専攻等)	期 間 (和暦表記)	卒 業 ・ 在 学 等 区 分
中学校	年 月 ~ 年 月	卒業
	年 月 ~ 年 月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・ 年中退
	年 月 ~ 年 月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・ 年中退
	年 月 ~ 年 月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・ 年中退
	年 月 ~ 年 月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・ 年中退

免 許 ・ 資 格 ・ 検 定（取得見込みも記入すること）			
取得年月	名 称 等	取得年月	名 称 等
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	

自 己 P R

趣 味 ・ 特 技

勤務する上で配慮を必要とする事項

配偶者 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、募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。	
令和 7 年 月 日	氏 名 (自署のこと)

- (注1) 太線内の所定欄に、黒インク又は黒のボールペンで、かい書でていねいに記入してください。
- (注2) 消すことができるボールペンを使用しないでください。
- (注3) 記載事項等に虚偽があると受験資格がなくなります。