

令和4年度採用

受験番号

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 5 年 1 月 1 日

職種
保健師・助産師・看護師

希望職種
3, 2, 1

(募集案内を参考に希望する職員番号を記入)

ふりがな	かわごえ はなこ	写 真 3箇月以内に 撮影した上半身 無帽正面向き 4cm×3cm
氏 名	川越 花子	
生年月日	昭和 63年1月1日生 (35歳) 平成	
ふりがな	かわごえしもとまち	電 話 番 号
現住所	〒350-8601 川越市元町1-3-1	(自宅) 049-224-881 (携帯電話番号) 090-1234-XXXX
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) XXXXXXXXX@△△.co.jp	

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			平成 12年4月～平成 15年3月	卒業
〇〇県立△△△△高等学校			平成 15年4月～平成 18年3月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・年中退
〇〇県立△△△看護学校			平成 18年4月～平成 21年3月	卒業(修了)・卒業(修了)見込み 年在学中・年中退
◇◇◇◇大学□□学部××学科			平成 21年4月～平成 22年3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
平成19年 3月	普通自動車運転免許	年 月	
平成22年 3月	保健師免許	年 月	
平成21年 3月	看護師免許	年 月	

自 己 P R
※記入してください。

趣 味 ・ 特 技
※記入してください。

勤務する上で配慮を必要とする事項
※あれば記入してください。

配偶者 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	配偶者の扶養義務 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	扶養家族数(配偶者を除く) 1 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 5 年 1 月 1 日	氏 名 川越 花子 (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こと。
(注3) 記載事項等に虚偽があると合格を取り消します。