

令和7年度採用

川越市 任期付職員

受験申込書

記入年月日 令和 年 月 日

受験番号	職種
	保健師 精神保健福祉士 看護師

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団 4cm×3cm
氏名		
生年月日	昭和 年 月 日 生 (歳)	
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	

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 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は使用しないでください。

(注3)記載事項等に虚偽があると合格を取り消します。

年 月	免 訸 ・ 資 格 ・ 検 定	年 月	免 計 ・ 資 格 ・ 検 定

【趣味・特技】

【自分の強み】

【自分の弱み】

【志 望 動 機】

(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は使用しないでください。

(注3)記載事項等に虚偽があると合格を取り消します。