

令和7年度採用
川越市 任期付職員
受 験 申 込 書

受 験 番 号	職 種
	保健師 精神保健福祉士 看護師

記入年月日 令和 年 月 日

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)		
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 許 ・ 資 格 ・ 検 定	年 月	免 許 ・ 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。