

阿賀野市職員採用上級試験（保健師）受験申込書

※整理番号

| | | | | | |
|---|--------|-------|--------|---------------------------|--|
| 職 種 | 保健師 | | ※受験番号 | | |
| ふりがな 氏 名 | | | 生年月日 | 性別 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | |
| 現住所 | 郵便番号 — | | | | <p style="text-align: center;">写 真</p> <ul style="list-style-type: none"> ・縦4cm×横3cm ・上半身正面、無帽 ・申込前6か月以内撮影 <p style="text-align: right;">・左の欄に1枚をのりではり、他の2枚はこの申込書と同時に提出してください。(写真裏面に氏名を記入のこと)</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日撮影</p> |
| | (電話) | | | | |
| その他 連絡先 | 郵便番号 — | | | | |
| | (電話) | | | | |
| メール アドレス | メール | | | | |
| 学 校 名 | | 学 科 名 | | 在 学 期 間 | |
| (最終) | | | | 年 月から 年 月まで | |
| | | | | 卒、卒見、中退 | |
| (その前) | | | | 年 月から 年 月まで | |
| | | | | 卒、卒見、中退 | |
| 試験会場（どちらかを○で囲む。申込後の変更はできません。） | | | | | |
| 新潟会場 | | | 東京会場 | | |
| <p>私は、阿賀野市職員採用上級試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。</p> <p>なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>ア 日本国籍を有しない者</p> <p>イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>ウ 阿賀野市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者</p> <p>エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他団体を結成し、又はこれに加入した者</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> | | | | | |
| ※受付 日付印 | | ※取扱者 | | ※総合事務組合 受験者名簿記載 照 合 | ※受験票 送付確認 照 合 |

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、令和7年6月12日(木)午後5時15分までです。
なお、受付期間後の申込みは、いかなる理由があっても受け付けません。
※ 郵送の場合は、令和7年6月12日必着とします。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 記入は手書きとし、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 ※印以外の欄はすべて記入してください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 受験票は、後日送付します（現住所に書かれた住所に送付します）。
- 7 この試験に関する問い合わせは、阿賀野市 総務部総務課 人事係に申し出てください。
電話 0250 (62) 2510 (内線 2283)