

令和 年度
南魚沼市職員採用試験受験申込書

写 真

6ヶ月以内

撮 影

4cm × 3cm

職 種	社会福祉士		※受験番号	
区 分	1. 有資格実務経験あり 2. 有資格実務経験なし 3. 資格取得見込			
ふりがな 氏 名			昭和・平成 年 月 日生	男 女
ふりがな 現住所	(〒 -)			(電話番号)
ふりがな 送付先	(〒 -)			(電話番号)
学 校 名	学 科 名	在 学 期 間		該当を○で囲む
(最終)		S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒・卒見・中退
(その前)		S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒・卒見・中退
(その前)		S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒・卒見・中退
(その前)		S・H 年 月から S・H 年 月まで		卒・卒見・中退

私は、南魚沼市職員採用試験を上記のとおり受験したいので申し込みます。
なお、私は次に掲げる各号のいず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。

ア. 成年被後見人又は被保佐人

イ. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受け
ることがなくなるまでの者

ウ. 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の団体を結成し、又は
これに加入した者

令和 年 月 日

氏 名

印

《印刷不要》

記載上の注意事項

1. 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。
2. 記載は、すべて黒インクか青インクを用いてください。
3. ※印欄は、記入しないでください。
4. 数字は、すべて算用数字を用いてください。
5. 写真は、3枚を用意してください。1枚は申込書に貼付、他の2枚には裏面に氏名を記入のうえ、申込書に添えてください。
申込前6ヶ月以内に撮影のものとし、脱帽、上半身、正面向きのもので本人と確認できるものとします。
大きさは、縦4cm、横3cmとし、写真のないものは受理できませんのでご注意ください。
6. この試験に関する照会は、ゆきぐに大和病院 庶務課 庶務係
(Tel 025-777-2111 内線 322) にお申し出ください。

※ 学校名欄の記載については、下記の例を参考にしてください。

(最終)

大学

(その前)

高等学校

(その前)

中学校