

魚沼市職員（保健師）採用登録試験受験申込書

職 種	保健師④	※受験番号			<p style="text-align: center;">写 真</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申込前6ヶ月以内撮影</li> <li>・ 脱帽、上半身、正面向</li> <li>・ 本人と確認できるもの</li> <li>・ 写真のないものは、受理できません。</li> </ul> <p style="text-align: center;">年 月 日撮影</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 写真（縦4cm 横3cm）を3枚用意してください</li> <li>・ 左の欄に1枚をのりで貼り、他の2枚は、この申込書と同時に提出してください。</li> </ul>
ふりがな 氏 名						
生年月日	年 月 日生	性 別	男・女			
ふりがな						
現住所	(〒 - ) <u>受験票・結果通知等の郵送希望先（現住所・現住所以外）</u> いずれかに○を記 (同居先 方) (電話番号 )					
	e-mail アドレス: @					
ふりがな						
現住所以外の連絡先	(〒 - ) (同居先 方) (電話番号 )					
学 歴						
学 校 名	学部学科名	所 在 地	在 学 期 間	該当を○で囲む。		
(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		
保健師免許取得日（取得見込日）		年 月 日 取得 ・ 見込				
<p>私は、魚沼市職員（保健師）採用登録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 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>イ 魚沼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>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</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>						
※受付 日付印		※取扱者	※受験者名簿 記載照合	※受験票送付 確認照合		

◎裏面の注意事項を必ず確認してください。

## 注 意 事 項

1. この申込書の受け付けは、5月28日(金曜日)午後5時までです。郵送の場合は、5月28日までの消印のあるもの限り受け付けます。  
受付期間経過後の申し込みは、受け付けません。
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. 記載は、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載してください。
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。
7. この受験に関する照会は、魚沼市総務政策部総務人事課（電話025-792-9203）に申し出てください。

(注) 写真3枚のうち残り2枚は、受験票及び受付表に貼るものであること