塙町会計年度任用職員採用候補者選考申込書

※受験番号		職　種		
ふりがな		性 別	生　年　月　日	年　齢
氏 名		男 女	昭和 平成　　年　　月　　日 生	満　　歳
ふりがな				
現住所	〒　　－ 自宅電話(　　)　　－　　携帯電話(　　)　　－			
ふりがな				
通知の際の連絡先	(現住所と異なる場合のみ記入) 〒　　－ 電話(　　)　　－　　呼出(　　方)			
メールアドレス(緊急連絡用)	＠			国　籍
健康状態等	健康状態等を記入、症状がある場合は疾病名等も記入 試験時に健康状態や身体的障害等により試験会場で特別な配慮を必要とする方は、その旨を記入して下さい。			□ 日本国籍 □ 外国籍

次の質問について、あるかないかを答えてください。(ある場合は余白に詳しく書いてください。)

(1) 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。　ある　ない

(2) かつて懲戒免職の処分を受けたことがありますか。　ある　ない

(3) かつて特定性暴力犯罪により刑に処せられたことがありますか。　ある　ない

保護者欄(受験者が未成年者の場合のみ記入)		※受付印
ふりがな 保護者名　　㊞	住 所　〒 電話(　　)　　－	

以上のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

(必ず本人が署名してください)

(記入上の注意)

1 記入は黒インク又は黒のボールペンを用いて、自書でていねいに書いてください。

2 記入事項に不正がありますと採用される資格を失うことがあります。

3 ※印の箇所は記入しないでください。