

※ 受験番号	
--------	--

知多南部衛生組合職員採用候補者試験申込書

令和 年 月 日 提出
(注) 黒インク又は黒ボールペンを用い、自筆で書いてください。

写 真

1. 上半身、脱帽、正
面向き、申込前6月
以内に撮影したもの
で、本人と確認でき
るものを貼付してく
ださい。
2. 写真のない場合は
受付できません。
(縦4 cm×横3 cm)

職 種	事務職		
ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)		
ふりがな			
現 住 所	〒 — Tel () —		
ふりがな			
連 絡 先	〒 — Tel () — (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
学 歴	在学期間	学校名及び学部学科名	卒、卒見等の別
	年月 ~ 年月	中学校	卒
	~	高等学校 学科	卒、卒見
	~		卒、卒見、中退
	~		卒、卒見、中退
※ 中学校卒業以降の学歴を記入してください。			
職 歴	在職期間	勤務先及び職種名	区 分
	年月 ~ 年月		正規・臨時
	~		正規・臨時
	~		正規・臨時
免 許 資 格 等	交付(見込)年月日	免許資格等の名称	
		運転免許 ()	

(注) 黒インク又は黒ボールペンを用い、自筆で書いてください。

--	--	--

※この様式は、必ず両面印刷のうえ提出してください。