

甲府市職員採用試験申込書

(看護師、作業療法士 再募集)

試験職種	受験番号
	※

1 ふりがな 氏名	性別	2 生年月日	3 日本国籍の有無
	男 女	昭和・平成 年 月 日 令和2年4月1日 現在で満 歳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

4 現住所 〒□□□□ - □□□□□□

TEL () - 携帯TEL () -

5 連絡先〔帰省先等〕(緊急連絡等に必要ですから、必ず記入してください。) <input type="checkbox"/> 4に記載した現住所と同じ (チェックした場合、この欄の記入は不要です。) 〒□□□□ - □□□□□□ TEL () -	6 通知先 (通知書等の送付先はどちらを希望しますか。) <input type="checkbox"/> 4に記載した現住所 <input type="checkbox"/> 5に記載した連絡先
--	---

7 学 歴 高等学校以降の学歴を順に記入してください。最終学歴のみ専攻学科(専攻コース)を記入してください。

学校名・学部名・学科名(専攻科名)	在学期間	修学区分 (○で囲む)
高等学校 科	年 月から 年 月まで	卒・ 年中退・ 卒見込・ 年在学
	年 月から 年 月まで	卒・ 年中退・ 卒見込・ 年在学
	年 月から 年 月まで	卒・ 年中退・ 卒見込・ 年在学
	年 月から 年 月まで	卒・ 年中退・ 卒見込・ 年在学
	年 月から 年 月まで	卒・ 年中退・ 卒見込・ 年在学

8 身体に障がいがあり、この試験を受験するのに介助などを必要とする場合は、その内容を記入してください。

※ 受付番号 _____

甲府市職員採用試験 受 験 票

試験職種	受験番号
	※
ふりがな 氏名	

年
月
撮
影

(写真欄)

**1 受験の申込のときは
写真は不要です。**

2 写真は試験日前6月以内に帽子をつけないで上半身正面向を撮ったタテ5.5cm・ヨコ4.5cmのもので本人と確認できるものが必要です。

3 試験当日には、この欄に写真を貼って持参してください。

※試験当日、写真のない場合は、受験できません。

試 験 日 令和2年1月25日(土)
受 付 時 間 午前8時00分から午前8時20分まで
(受付に遅れた人は受験できません。)
試 験 会 場 市立甲府病院2階 第一会議室
(甲府市増坪町366)

- (記入上の注意)
- ① 各項目について正確に記入してください。(※の欄の記入は不要です。)
 - ② 黒か青のインク、ボールペンで丁寧に書き、該当の箇所を○で囲むか、該当する□にレ印をつけてください。
 - ③ 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。
- ※ 受付番号 _____

(切りはなしてはいけません)

