

甲府市職員採用試験申込書

希望する試験日を記入してください。 第 回 平成 年 月 日 ()		試験職種 (○で囲む) 薬剤師 (C) ・ 薬剤師 (D) 獣医師 (職務経験者)	受験番号 ※
1 ふりがな 氏名	性別 男 女	2 生年月日 昭和・平成 年 月 日 平成30年4月1日 現在で満 歳	3 日本国籍の有無 <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	
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。 _____			

(切りはなしてはいけません)

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を撮っ
たタテ6cm・ヨコ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 第 回 平成 年 月 日 ()
受 付 時 間 午前9時00分から午前9時20分まで
(受付に遅れた人は受験できません。)

試 験 会 場
【薬剤師(C)】市立甲府病院(甲府市増坪町366)
【薬剤師(D)・獣医師】甲府市役所本庁舎6階 大会議室
(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 _____

※ 受付番号 _____

受験上の注意

- 1 受験の際は、必ず本票を持参してください。
- 2 試験当日、受付に遅れた人は受験できません。
- 3 試験当日は、鉛筆(HB)、消しゴム及び鉛筆削りを必ず持参してください。
- 4 携帯電話の試験中の使用は認めません。
(時計代わりの使用も不可)
- 5 ゴミは各自で持ち帰ってください。

※ 申込の際には、本票を返送するための封筒を用意してください。
(市販の長3型封筒に送付先を記入し、必ず82円切手を貼ってください。)

9 職 歴 今までの職歴を新しいものから順に記入してください。

勤務期間	勤務年数	受験資格 該当年数	勤務先名	雇用形態 (○で囲む)	勤務内容、休業期間など
平成 年 月から 平成 年 月まで	年 月	年 月		正 規 ・ その他	
平成 年 月から 平成 年 月まで	年 月	年 月		正 規 ・ その他	
平成 年 月から 平成 年 月まで	年 月	年 月		正 規 ・ その他	
平成 年 月から 平成 年 月まで	年 月	年 月		正 規 ・ その他	
合計		年 月	← 平成29年3月31日までの受験資格に該当する勤務年数を通算してください。		

10 資格・免許 資格・免許が受験資格とされているものに限り記入してください。

名 称	取 得 年 月 日
	平成 年 月 日
	平成 年 月 日

私は、甲府市職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。また、私は試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名(自筆)
