

会計年度任用職員 受験申込書

(受 付 印)

職 種	※ 受 験 番 号
歯科衛生士（健康増進課）	

(写 真 欄)

1 写真は申込前3カ月以内に撮影したもので、無帽、上半身正面のもの。

2 縦45mm、横35mmのサイズのもので、本人と確認できるもの。

※裏面の記入上の注意をよく読んでから記入してください。

ふりがな			昭	年	月	日
氏 名		男・女	生年 月 日	平	(R8.4.1 現在 満 歳)	
現 住 所	〒 —					電話 () —
連 絡 先	〒 —					電話 () —
学 歴 (高校以上を記載)	在 学 期 間	学校・学部・学科名	制度	区分	資 格・免 許	名称[取得(見込)年月]
	年 月 から 年 月 まで	最終学歴	年制	卒・中退 卒見込		(年 月)
	年 月 から 年 月 まで	上記の前	年制	卒・中退 卒見込		(年 月)
	年 月 から 年 月 まで	上記の前	年制	卒・中退 卒見込		(年 月)
職 歴	在 職 期 間	勤 務 先 名	所 在 地 (市区町村名まで)		勤 務 内 容	
	年 月 から 年 月 まで	最終				
	年 月 から 年 月 まで	上記の前				
	年 月 から 年 月 まで	上記の前				
	年 月 から 年 月 まで	上記の前				
志望動機 または 職務に対する希望						
自己PR						
自分で認める長所			自分で認める短所			
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いません。 以上の記載事項は、事実と相違ありません。						
令和 年 月 日 氏 名 (必ず自署してください)						

(記入上の注意)

- 1 記載事項に不正がある場合は、無効となることがあります。
- 2 ※欄を除くすべての欄に記入してください。(別紙「受験票」も同じ。)
- 3 黒のボールペンまたは黒インキを使って、自筆でいねいに書いてください。
- 4 該当区分に○印を付けてください。
- 5 「連絡先」欄は、下宿などを行っている場合のみ、帰省先を記入してください。
- 6 「資格・免許」欄は、取得見込みのものを含めて記入してください。
- 7 「職歴」欄は、在家庭などを含めて記入してください。
- 8 この申込書に写真を貼ってください。

【地方公務員法第16条(欠格条項)について】

次の各号の一に該当する者は、受験することができません。

- 1 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 2 当該地方公共団体におい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
- 3 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法に規定する罪を犯し刑に処せられた者
- 4 日本国憲法施行の日以降において、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

アンケート

今後の参考にいたしますので、次のアンケートにご協力ください。

◆この採用試験の実施を最初に何で知りましたか。(該当するものを1つ選び、○印を付けてください。)

1 新聞記事	5 学校で
2 インターネット	6 家族や友人などから
3 受験雑誌	7 その他
4 広報みき	()

ご協力ありがとうございました。