

令和2年度 公益財団法人銚田市健康づくり財団
職員採用試験申込書

ふりがな		生年月日		写真貼付 申込前3カ月以内に撮影した前向き、脱帽、上半身胸上の写真 サイズ約3.5mm×4.5mm 通常メガネをかけている人はメガネをかけているもの。 裏面に氏名及び生年月日を記入してください。
氏名		S・H 年 月 日生 男・女 (満 歳)		
現住所 (〒 -)		電話		
連絡先 (〒 -)		電話		
学 歴	学校名	学部・学科等	在学期間	該当○印
	(高校)		自 年 月 至 年 月	卒業見込み 卒業 中退
	(大学等)		自 年 月 至 年 月	卒業見込み 卒業 中退
	(大学等)		自 年 月 至 年 月	卒業見込み 卒業 中退
職 歴	勤務先名	仕事内容等	勤務地住所	在職期間
				自 年 月 至 年 月
				自 年 月 至 年 月
				自 年 月 至 年 月
資格 免許	資格・免許等の名称	取得年月日	資格・免許等の名称	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
本申込書記載内容に相違ありません。 令和 年 月 日 申込者 氏 名				※受付 受付担当者印

◎記入上の注意

- ※印欄は記入しないでください。
- 連絡先欄には、現住所以外を連絡先としたい場合のみ、希望する住所を記入してください。
- 資格免許欄には、自動車運転免許も必ず記入してください。
- 職歴、資格免許欄について記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください。
- 記載事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。