

令和 8 年度 新潟市西蒲区会計年度任用職員
(母子保健相談員) 採用試験 受験申込書

※試験案内に記載の 受験申込書記入上の注意をよく読んで記入してください

ふりがな					受験 番号	—
氏 名						
生年月日	年 月 日 生				<div>写真を貼る</div> <div>※6 か月以内に撮影したもの。写真がないと受験できません。(縦 4 cm、横 3.5 cm 程度)</div>	年 月 撮影
現 住 所	〒 Tel () —					
合 否 通 知 先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (現住所と同じ場合はチェックしてください。) 〒 Tel () —					
学 歴 ・ 学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	該 当 を ○ で 囲 む		
最 終			年 月 ～ 年 月	卒 ・ 卒 見 込 ・ 中 退		
そ の 前			年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中 退		
そ の 前			年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中 退		
現在の勤務状況 (該当を○で囲む)	有 無	有の場合勤務先名				
検 定 資 格 免 許	名 称		取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日	
<p>私は新潟市西蒲区会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。</p> <p>なお、私は試験案内にあるすべての受験要件を満たしており、この申込書の記載事項に 相違ありません。</p> <p>年 月 日 氏 名 (自 署)</p>						