

令和 8 年度新潟市西蒲区会計年度任用職員（保健福祉窓口相談業務）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				写真を貼る ※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4cm、横3.5cm程度)	年 月 撮影
現住所	〒 Tel () —					
合 否 通 知 先	☐ 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
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。 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。 年 月 日 氏 名 (自 署)						