

## 写 真

(縦4cm横3cm)

※申込前3か月以内に撮影した脱帽・上半身・正面向きの写真。

※受験票にも同じ写真を貼付すること。

※写真の裏に氏名を記載すること。

## 岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験受験申込書(令和8年度採用)

1 受験区分 (該当する職種名を○で囲むこと。)		受験番号 (記入不要)			
作業療法士 ・ 言語聴覚士					
2 ふりがな 氏名		男・女	3 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)	
4 現住所等	(現住所) 〒  (連絡先) 〒				
<p>※ 下宿名、アパート名等まで記入すること。 ※ 連絡先は現住所以外に帰省地等の連絡先がある場合記入すること。</p>					
5 最終学歴等	学校	学部名	学科名等	修学期間	備考
	中学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業
	高等学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	高等専門学校・短期大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
6 職歴	会社名	職務内容		在職期間	区分
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	その他・無職
7 資格免許	名称	取得年月日	資格免許取扱機関		

私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験を受験したいので申込みいたします。

私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験実施要領 2の(2)各号のいずれの規定にも該当しておりません。

上記記載事項は真実かつ正確であります。

令和 年 月 日

氏名

## (注意)

- 必ず受験者本人が記入してください。なお、記入事項に不正があると受験資格を失います。
- 黒のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入し、数字は算用数字を用いてください。
- 通学等のため下宿等をしている場合は、連絡先も併記してください。
- 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 受験番号は記載しないでください。
- 身上報告書・受験票を添えて提出してください。