平成29年度　山形市職員採用試験受験申込書

試験区分	氏名			
□ 獣医師 □ 薬剤師（保健所業務）	カナ		漢字	

受験番号＊	性別	生年月日	年齢（H30.4.1現在）	
	□男　□女	昭和 平成　年　月　日		歳

現住所

郵便番号	住所（試験結果はこちらの住所に送付します。）	電話番号

緊急連絡先（実家など、確実に連絡を取ることができるところを記入すること。）

郵便番号	住所	電話番号

学歴　（直近4つを記載）　※小学校まで記入すること。

在学期間【和暦】	学校名	学部名	学科・専攻科名	卒業・卒業見込みなどの別
年　月から 年　月まで	現在（最終）			□卒業　□中退 □卒業見込み　□在学
年　月から 年　月まで	上記の前			□卒業 □中退
年　月から 年　月まで	上記の前			□卒業 □中退
年　月から 年　月まで	上記の前			□卒業 □中退

職歴（該当する場合のみ記載）

在職期間【和暦】	勤務先名	職務内容	所在地
年　月から 年　月まで	現在（最終）		
年　月から 年　月まで	上記の前		

検定・資格・免許

取得（見込）年月日【和暦】	名称	
年　月　日		取得・見込み
年　月　日		取得・見込み
年　月　日		取得・見込み
年　月　日		取得・見込み

私は、標記試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は、受験案内に掲げる受験資格を全て満たしております。

また、この申込書の全ての記載事項は真実と相違ありません。

平成29年　月　日

氏名（自筆）　印

通信欄　（記載事項に関して補足したいことがある場合や、障がい等により受験に関する要望がある場合には記載してください。）