星ふるさと
阿智村

平成30年度　下伊那郡西部衛生施設組合職員採用試験申込書

（平成　　年　　月　　日現在）

写真をはる位置

1. 縦　36 ～ 40mm
   横　24 ～ 30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ
4. 申込前3ヶ月以内に撮影したもの

ふりがな 氏　　名　　印	男 ・ 女
昭和 平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）	**職種区分**
本　　籍　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県	
ふりがな 現 住 所 〒	電　話 固定 携帯
受験票、合否結果等送付先 1　現住所と同じ 2　次の宛先に送付　〒	

年	月	学 歴 ・ 職 歴 （各別にまとめて正確に記入）
(S,H)		中学校卒業

記入上の注意　1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入　　2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く

3. 高等学校以上の学歴は、学部、科まで記入してください。

この申込書は、本人が自筆で記入してください。

氏名	

年	月	免 許 ・ 資 格 （取得見込みを含む）
第一種普通自動車免許(いずれかに〇)		有 ・ 無 ・ 取得見込み

趣味・特技・得意分野など	通勤時間 約　　時間　　分	
	扶養家族数（配偶者を除く） 人	
	配偶者 ※ 有・無	配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ 無

志望の動機

アピールしたい点

阿智村について思うこと