

# (一財) 摂津市保健センター職員採用試験申込書

※受 驗 番 号

(本人自書)

令和 年 月 日現在

受験する職種  事務	フリガナ	性別
	氏名	男・女
写真  (縦4.5cm×横3.5cm程度) 写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	現住所	〒 電話 携帯電話
	連絡先	※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。 〒 電話
学歴	高校卒業から記入してください。	
	学校名	在学期間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
職歴	勤務先	在職期間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

氏名		※受験番号	
----	--	-------	--

志望動機（◎必ず記入して下さい。）

自己PR等（◎必ず記入して下さい。）

※ 実務経験がある場合は、実務を行った期間や具体的な内容等について、記載方法は問いませんので記入して下さい。記載欄が不足する場合は別紙を添えてください。

資格・免許等の名称	取 得 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
趣味・特技	所属クラブ等

※ 記入上の注意事項

- ① 太枠の中を記入してください。※受験番号欄は記入しないでください。記入はボールペン等でしてください。
- ② 不実の記載があるときは、（一財）摂津市保健センター職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても解雇されることがあります。