

# 訓子府町職員採用試験申込書

(西暦) 年 月 日現在

フリガナ			男 ・ 女
氏名			
生年月日 (西暦)	年	月	日生 (今年度末時点) 満 歳
フリガナ 現住所 〒( - )			TEL 自宅
			TEL 携帯
フリガナ 連絡先 〒( - ) (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)			TEL
			FAX



(西暦)		学 歴 (中学校から最終学歴まで)	
入学年月 年 月	卒業、卒業見込み年月・区分等 年 月 区 分	学 校 名 (学部・学科・専攻)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業	中学校	
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		
	<input type="checkbox"/> 卒業/修了 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業/修了見込み		

職 歴 ・ アルバイト経験など			
期間 (西暦) 年 月	会社 (団体) 名	職種 (業務内容)	雇 用 区 分
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )
から まで			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約/派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )

記入注意 1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記具で記入 2. 数字はアラビア文字で、文字は崩さず正確に書く  
3. ※印のところは○で囲む 4. 該当する口には、レ印を記入する 5. 最終職歴が現職の際は「まで」を2重線で消す

年	月	免許・資格

趣味・特技・スポーツ	性格
志望の動機	
自己アピール	
町職員として何をしてみたいか	
健康状態	
1 現在の健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気にかかっている（      年      月から、病名：      ） 2 今まで入院や半月以上病気・怪我をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名または症状      ） （時期：      年      月ごろ、期間：      日程度）	