

令和元年度大鰐町職員(薬剤師)採用試験受験申込書

◎黒か青のインク又はボールペンで、※印欄を除くすべての欄に記入してください。

(写真欄)

試験種類		※受験番号				
薬剤師						
ふりがな				2性別	男・女 (○で囲む)	
1氏名						
3生年月日	昭和 年 月 日生 (平成31年4月1日現在 満 歳)					
4現住所	(〒 -) アパート等の場合は、棟室番号まで詳しく記入してください。					
	() 方					
	TEL () - () 方 携帯 () - () 方					
5連絡先	(〒 -) 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。					
	() 方					
	TEL () - () 方					
6学歴	学校名	学部	学科	専攻	期間	○で囲む
	中学校	—	—	—	年 月から 年 月まで	卒
					年 月から 年 月まで	卒・() 年在 卒見・中退
					年 月から 年 月まで	卒・() 年在 卒見・中退
					年 月から 年 月まで	卒・() 年在 卒見・中退
7現在の職業	勤務先名称	所在地		職務内容	在職期間	
					年 月 から	
8資格・免許						
9 私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。						
年 月 日 氏名 (自署してください。)						

・写真は3か月以内に撮影したもので、正面からの顔写真とします。
・顔写真の大きさは縦4cm、横3cmとします。
・写真の裏面に試験職種と氏名を必ず記入した上でこの欄にしっかりとりのり付けしてください。

年 月撮影

[参考]

◎受験資格を有しない者

- 日本国籍を有しない者
- 地方公務員法第16条に規定する欠格条項のうち以下に該当する者

◎地方公務員法第16条の欠格条項の内容は、次のとおりです。

- 1 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む。)
- 2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 3 大鰐町の職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者
- 4 日本国憲法 施行の日以後において、日本国憲法 又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者