

令和7年度 庄内地方町村職員採用試験受験申込書

試験区分

庄内町上級保健師

※受験番号

フリガナ		性別
氏 名		記載は任意です。
生年月日	平成 年 月 日生（満 歳） （令和7年6月30日現在）	
フリガナ		
現住所	〒	
フリガナ		
合 否 連絡先	〒（現住所と異なる場合のみ記入）	

電話番号

電話番号

備考 ※受験番号欄には記入しないでください。

学 歴

学 校 名	学 部 名	学 科 名	期 間	卒・卒見込等の別
(現在・最終)			年・月 年・月 ・ ~ ・	卒 ・ 卒見込 年在学 年中退
(そ の 前)			年・月 年・月 ・ ~ ・	卒 ・ 卒見込
(そ の 前)			年・月 年・月 ・ ~ ・	卒 ・ 卒見込

私は、庄内地方町村職員採用試験（上級保健師）を受験したいので申し込みます。
なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

(1) 日本国籍を有しない者

(2) 地方公務員法第16条に該当する者

ア 拘禁刑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

イ 公務員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者

ウ 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

令和 年 月 日

氏 名（自筆）

庄内地方町村職員採用試験受験票

受 験 区 分	庄内町上級保健師	会長印
※ 受 験 番 号		
受 験 者 氏 名		

令和7年 月 日
撮影

写 真 欄

※写真の裏面に氏名を記入し裏面全体にのりをつけて貼ってください。
※試験日前3箇月以内に撮影したもの
※脱帽、上半身、正面向
※縦4×横3（cm）
※写真がない場合は原則として受験できません。

注意事項

1 試験期日

令和7年9月21日（日） 受付：午前9時00分

2 試験開始

午前9時30分

3 試験会場

三川町子育て交流施設テオトル ・ 三川町役場

4 試験当日持参するもの

受験票、筆記用具（鉛筆はHB）、昼食