

平成30年度 江差町保健師採用試験申込書

(写真貼付)

4cm×3cm

3箇月以内に撮影
した無帽・正面・上
半身の写真を貼っ
て下さい。

(ふりがな) 氏 名		性別
		男・女
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 〔年齢は平成30年4月1日現在の満年齢を記入して下さい〕	
現 住 所	〒	電話番号 自宅 携帯
郵便物送付先	〒 〔現住所以外に通知書や案内書の送付を希望する場合のみ 記入して下さい〕	電話番号
学 歴 (中学校から記入して下さい)		
学 校 名	学部・学科	卒業年月等 〔当てはまる項目に○を付けて下さい〕
中学校		平成 年 月 卒業
		平成 年 月 卒業・卒業見込・中退
		平成 年 月 卒業・卒業見込・中退
		平成 年 月 卒業・卒業見込・中退
免 許・資 格		
名 称	取得年月	保健師資格 (免許)
	年 月	☐ 取得済 〔平成 年 月取得〕 ☐ 取得見込み 〔平成 年 月取得見込み〕
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	