〔別紙1〕

令和６年度江差町職員（保健師）採用選考試験申込書

（写真貼付）
4㎝×3㎝

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	年　　月　　日生（　　歳） 〔年齢は令和６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・令和　　年　　月 卒業・卒業見込・中退
		平成・令和　　年　　月 卒業・卒業見込・中退

年　　月	職　　歴

年　　月	職　　歴

免　許・資　格

名　　称	取得年月		保健師資格（免許）
	年	月	□　取得済 〔平成・令和　　年　　月取得〕 □　取得見込み 〔平成・令和　　年　　月取得見込み〕
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	