

受験番号

母子保健データ入力事務従事者応募申込書

平成 年 月 日現在

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女	写 真 (約 4cm × 3cm) 1 申込の際に写真を貼ってください。 2 写真は最近3カ月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください
生年月日 S・H 年 月 日	年齢 満 才	
ふりがな 現住所	〒 — 自宅電話 携帯電話	
ふりがな 連絡先	〒 — Tel	

(連絡先欄は、合格通知その他の連絡先を現住所以外のところに希望する場合に記入してください。)

学 歴 (転校も記入してください)	学 校 名	学部・学科・課程名	所在地(市・区・町・村)	在学期間	卒・卒見等の区分
	中学校			年月 年月 ・ ~ ・	卒
				・ ~ ・	卒・中退
				・ ~ ・	卒・中退
	最終(現在)			・ ~ ・	卒・卒見 中退
職 歴	勤務先(部課名まで)		勤務内容	所在地(市・区・町・村)	勤 務 期 間
					年月 年月 ・ ~ ・
					・ ~ ・
					・ ~ ・
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月	名 称	取得年月	
		・		・	
		・		・	
特 技 ・ 趣 味					
志 望 の 動 機					

※ 必ず自書してください。数字は算用数字を用い、学歴、職歴の在学期間、勤務期間は和暦で記入してください。