

静岡県小山町職員採用選考試験申込書(令和2年9月実施分)

※受験番号 No.		職種 事務(障がいのある人を対象)			※受付印		写真を貼る位置 (1) 試験日前3か月以内に撮影したもの (2) 上半身脱帽、正面向 (3) タテ4cm、ヨコ3.5cm (4) 規定の写真を貼っていない場合は受付できません	
ふりがな 氏名								
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		性別 男・女						
(ふりがな)								
現住所 (〒) (方)							(年 月 日撮影)	
(ふりがな)							電話	
通知の際の連絡先 (〒) (方)								
学 歴	学校名	学部	学科・専攻	所在地	在学期間 年月～年月	卒見込卒業 中退の別		
	中学校							
	高等学校							
免 許 資 格	名称	種別	取得年月日		備考			
職 歴								
勤務先 (部課まで)	所在地	在職期間		職務内容				
現在(最終)		年 月 日～	年 月 日	年月				
その前		年 月 日～	年 月 日	年月				
その前		年 月 日～	年 月 日	年月				

障がいについて ※該当するものにチ ェックする	区 分	<input type="checkbox"/> 知的障害	受験に際し配慮が必要な事項があれば記載してください。 ※申し訳ございませんが点字での試験は対応できません。
		<input type="checkbox"/> 精神障害	
		<input type="checkbox"/> 身体障害	

(注意)

- ※印の欄には全て記入しないでください。
- 職種欄には、希望する試験区分に○をしてください。
- 合格等の通知は現住所に郵送します。合格等の通知先の希望が、現住所と異なる場合は、通知の際の連絡先欄を記入してください。
- 記載事項に虚偽がある場合は、採用される資格を失います。
- 小山町は、申込書に記載された個人情報を職員採用選考試験のみに使用します。