

小山町職員再採用選考試験申込書（キャリアリターン採用）

年 月 日 現在

ふりがな 氏 名				<写真> 縦 4cm×横 3cm 貼付 6ヶ月以内に撮影したもの 裏面に氏名及び生年月日記入
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	令和6年4月1日現在 満 歳	
現住所	〒 TEL			
連絡先 <small>※現住所と異なる 場合のみ記入</small>	〒 TEL			
町職員 としての 勤務経歴	退職時の職種		採用年月日	
	退職時の所属		退職年月日	
	退職時の職名		本町勤務年数	
退職後の 勤務経歴	勤務先	職務内容		在職期間
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
町職員を 退職した 理 由	(退職した理由を○で囲んでください。)			
	結婚 出産・育児 介護 大学等進学 転職 その他			
再採用を 希望する 理 由	(上記の理由について記載してください。)			
署名欄	私は小山町再採用選考試験について、本書により受験を申し込みます。本書記載事項について相違ありません。また、受験資格要件を満たし、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。			
	令和 年 月 日	氏名 _____		
※ 氏名は必ず自署してください。写真の貼付及び氏名の自署がない場合は、本書を受理できません。				

※ 在職時に旧姓を使用していた場合、氏名欄に旧姓も付記して下さい。