宮城県育休代替任期付職員選考考査受考申込書

**写　　真**

(1)　**写真が貼られていない場合は受付できません。**

(2)　写真の裏に試験の職種と氏名を記入し，裏全面にのりを付けて貼ってください。

(3)　写真は，申込前3か月以内に脱帽，正面向きで上半身を撮ったタテ4.5cm，ヨコ3.5cmのパスポート用サイズで，本人と確実に確認できるものが必要です。

　私は宮城県育休代替任期付職員選考考査を受考したいので，申し込みます。

　なお，私は募集案内に掲げてある応募資格を満たしており，この受考申込書に

記入した内容は全て事実と相違ありません。

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 職　　種 |
| 氏　　名  （自　署） |  | | | □　保 健 師 |
| □　薬 剤 師 |
| □　獣 医 師 |
| 勤務希望地  （複数選択可） | □ 仙台　□ 大河原　□ 大崎　□ 栗原　□ 石巻　□ 登米　□ 気仙沼・南三陸 | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日 | 国籍等 | □ 日本国籍　□ 外国籍 | |
| ふりがな |  | | | |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　電話番号(自宅)　　　　　　　　　(携帯) | | | |
|  | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 連絡先 | 〒　　　　　　　　　電話番号 | | | |
|  | | | |
| 資格・免許等 | 資格・免許の種類 | 取得年月日 | | |
|  | 昭・平　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | 昭・平　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | 昭・平　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | 昭・平　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | 昭・平　　　年　　　月　　　日 | | |

（裏面に続く）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　　歴 | 学校名 | 学部・学科 | 在学期間 | | 修学区分 |
|  |  | 昭・平　　年　　月  ～  昭・平　　年　　月 | | □ 卒業(修了)  □ 卒業(修了)見込み  □ 在学中(　学年)  □ 中退 |
|  |  | 昭・平　　年　　月  ～  昭・平　　年　　月 | | □ 卒業(修了)  □ 卒業(修了)見込み  □ 在学中(　学年)  □ 中退 |
|  |  | 昭・平　　年　　月  ～  昭・平　　年　　月 | | □ 卒業(修了)  □ 卒業(修了)見込み  □ 在学中(　学年)  □ 中退 |
|  |  | 昭・平　　年　　月  ～  昭・平　　年　　月 | | □ 卒業(修了)  □ 卒業(修了)見込み  □ 在学中(　学年)  □ 中退 |
| 職　　歴 | 勤務先 | 職務内容 | | 在職期間 | |
|  |  | | 昭・平　　　年　　　月　　　日  ～  昭・平　　　年　　　月　　　日 | |
|  |  | | 昭・平　　　年　　　月　　　日  ～  昭・平　　　年　　　月　　　日 | |
|  |  | | 昭・平　　　年　　　月　　　日  ～  昭・平　　　年　　　月　　　日 | |
|  |  | | 昭・平　　　年　　　月　　　日  ～  昭・平　　　年　　　月　　　日 | |
|  |  | | 昭・平　　　年　　　月　　　日  ～  昭・平　　　年　　　月　　　日 | |

※各項目の注意事項

○現住所：緊急の連絡をする場合がありますので，必ず連絡できる電話番号を記入してください。

○連絡先：現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。

○資格・免許等：保健師，薬剤師，獣医師資格については必ず記入してください。

○学歴：高等学校から記入してください。

○職歴：最終学歴卒業(修了)以降のものについて記入してください。その場合，期間に空白のないように記入し，無職の場合は「無職」とし，その期間を記入してください。また，職務内容は詳しく記入してください。