

(別紙の記入要領をよく読んでから記入してください。)

フリガナ 氏名	試験区分		受験番号
生年月日(年齢は、2024年4月1日現在を記入すること) (西暦) 年 月 日生( 歳)	時給パート(保健所・保健センター等) 希望する試験区分に☑を入れてください ☐(1)栄養士 ☐(2)歯科衛生士 ☐(3)看護師 ☐(4)保健師 ☐(5)保育士 ※複数申込可		※
国籍(該当するものを○で囲むこと)	日本国籍 ・ 外国籍		写真 (タテ4cm×ヨコ3cm) 6か月以内に撮影した、正面向き、脱帽、上半身のもの
性別(該当するものを○で囲むこと)	男 ・ 女		
フリガナ 現住所	〒 ☎①( ) - ( 方呼出) ☎②( ) -		※写真裏面に氏名・生年月日・試験区分を記入すること。 ※フリを写真の裏全面につけて貼ること。 ※下欄に写真撮影月を記入すること。
フリガナ 送付先(合格通知その他の連絡を現住所以外のところに希望する場合のみ記入すること)	〒		202 年 月撮影

学歴	学校名	学部・学科・課程・コース名	所在地	在学期間 (西暦)年・月を記入)	卒・卒見等の区別 (○で囲むこと)
最終(又は現在)			市・区 町・村	・ ~ ・	卒・卒見・中退
新しい順に記入	その前		市・区 町・村	・ ~ ・	卒・中退・転校
	その前		市・区 町・村	・ ~ ・	卒・中退・転校
	その前		市・区 町・村	・ ~ ・	卒・中退・転校

職歴	勤務先(名称)	就業形態 (正規・パート等)	職務内容	勤務地	勤務期間 (西暦)年・月を記入)	備考
新しい順に記入	現在(現在在学中又は現在無職の場合は「なし」と記入)			市・区 町・村	・ ~ 在職中	
	その前			市・区 町・村	・ ~ ・	
	その前			市・区 町・村	・ ~ ・	
	その前			市・区 町・村	・ ~ ・	
	その前			市・区 町・村	・ ~ ・	
	その前			市・区 町・村	・ ~ ・	

上欄に書ききれない場合は、別途A4サイズ用紙に同様の表を作成し、職歴及び氏名を記入の上、添付すること

資格・免許	名称	取得(西暦)年・月	名称	取得(西暦)年・月
	自動車運転免許	・ 取得 ・ 見込		・ 取得 ・ 見込
		・ 取得 ・ 見込		・ 取得 ・ 見込
		・ 取得 ・ 見込		・ 取得 ・ 見込

私は、募集要項の記載内容を了承の上、受験を申し込みます。なお、私は地方公務員法第16条に該当していません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

年 月 日 氏名(署名)

(署名欄は必ず自筆してください)

氏名	
----	--

志望動機 (横書き)

自己PR (横書き)

身体等の事情により受験上 配慮を要する事項 (必要な場合のみ記入すること)	
---	--

就労状況
次の設問には申込日現在、岡山市の職員以外として就労等している場合に記入してください。 ※就労等には自営や専従者、パート・アルバイトも含まれます。
①令和6年4月以降について就労等を継続しますか。 <input type="checkbox"/> はい →設問②へ <input type="checkbox"/> いいえ →設問③へ
②就労等を継続する意向の場合に記入してください。 就労先等名称: [ ] 雇用形態(アルバイト・派遣等): [ ] 就労開始年月: 年 月 就労頻度等: 週 日、 1日あたりの勤務時間: 時間
③就労等を継続しない意向の場合に記入してください。 退職等予定年月: 年 月