

高野町職員採用試験申込書

保健師（地域包括）令和 年 月 日現在

写真を貼付

(40 mm×30 mm)

ふりがな		性 別
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日 生（令和 7 年 4 月 1 日現在の年齢）	歳

ふりがな			
現 住 所	〒		
電 話	(電話)		(携帯)
ふりがな			
連 絡 先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
	(電話)		(携帯)

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）
		(高校名)
		(最終学校名)
年	月	免 許・資 格
		普通自動車（1 種）運転免許

志望の動機	
どのような業務に携わってきたか	健康状態
保健師として困難なことは何か	保健師としての特技・アピールポイント
趣味	自己 PR（自由に記入してください）
私は、高野町の職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、採用試験実施要項に掲げてある受験資格を満たしており、またこの申込書の記載事項に相違はありません 氏名_____	

