

令和6年度公益財団法人春日井市健康管理事業団職員採用試験受験申込書

表面

|          |                                |       |                    |                                     |
|----------|--------------------------------|-------|--------------------|-------------------------------------|
| 試験区分     | 一般事務 ・ 保健師<br>(どちらかに○を付けてください) |       | 受験番号               | ※                                   |
| ふりがな     |                                |       | 性別                 | 写真<br>4 cm × 3 cm<br><br>( 年 月 日撮影) |
| 氏名       |                                |       |                    |                                     |
| 生年月日     | 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)               |       |                    |                                     |
| 住所       | (〒 - )<br><br>TEL ( ) -        |       |                    |                                     |
| 通知の際の連絡先 | (〒 - )<br><br>TEL ( ) -        |       |                    |                                     |
| 学歴       | 学校名                            | 学部・学科 | 在学期間               | 卒・卒見込等の別                            |
|          | 現在(最終)                         |       | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 卒業<br>卒見込<br>中退                     |
|          | その前                            |       | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 卒業<br>中退                            |
|          |                                |       | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 卒業<br>中退                            |
|          | 勤務先名称                          | 雇用形態  | 職務内容・役職等           | 在職期間                                |
| 現在(最終)   |                                | 1 正規  |                    | 年 月 日から                             |
|          |                                | 2 臨時  |                    | 年 月 日まで                             |
| その前      |                                | 1 正規  |                    | 年 月 日から                             |
|          |                                | 2 臨時  |                    | 年 月 日まで                             |
|          |                                | 1 正規  |                    | 年 月 日から                             |
|          |                                | 2 臨時  |                    | 年 月 日まで                             |
|          |                                | 1 正規  |                    | 年 月 日から                             |
|          |                                | 2 臨時  |                    | 年 月 日まで                             |
|          |                                | 1 正規  |                    | 年 月 日から                             |
|          |                                | 2 臨時  |                    | 年 月 日まで                             |

(注) 裏面の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

| 資格（免許）取得（見込）年月日 | 資格・免許 |
|-----------------|-------|
| 年 月 日 取得・見込     |       |
| 年 月 日 取得・見込     |       |
| 年 月 日 取得・見込     |       |
| 年 月 日 取得・見込     |       |

私は、令和6年度公益財団法人春日井市健康管理事業団職員採用試験を受験したので申し込みます。  
また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

氏名 \_\_\_\_\_

記入上の注意

- 1 この申込書に虚偽の記載があると、採用後であっても公益財団法人春日井市健康管理事業団職員の職を失うことがあります。
- 2 ※印欄を除くすべての欄に、もれなく記入してください。該当する事項を○で囲んでください。
- 3 記入は、本人自筆ですべて黒又は青インク（ボールペンも可）を用い、楷書で書いてください。数字は算用数字を書いてください。
- 4 学歴については、高等学校以上の学歴を記入してください。
- 5 写真は、裏面全体にのりをつけて貼ってください。
- 6 写真は、申込前3か月以内に正面向き・上半身・脱帽で撮影したタテ4cm・ヨコ3cmのもので、本人と確認できるものが必要です。
- 7 写真を貼っていない場合又は不鮮明その他、受験写真として適当でない場合は、受理しません。
- 8 「職務内容・役職等」の欄は、具体的に記入してください。
- 9 この申込書は、返却しません。

あなた自身を100字以内でアピールしてください。

---

---

---

---

---

---

---

---

\* 記入された個人情報は、本職員採用試験に係る事務で利用する以外に利用または第三者に提供することはありません。