

令和5年10月1日採用予定

※受験番号

さいたま市職員採用選考 受験申込書

令和5年10月1日現在

選考区分		公衆衛生医師			(写真) (たて4cm×よこ3cm) ※写真の裏に氏名を記入
ふりがな				性別	
氏名				男・女	
生年月日	昭・平	年	月	日生	
現住所	〒 - 電話 (- -) 確実に連絡のとれる携帯電話等 (- -)				
通知先	※現住所と同じ場合は、記入する必要はありません。 〒 - 取次 () 様方 電話 (- -)				
Email	@				
連絡急先	〒 - 取次 () 様方 電話 (- -)				
学歴 (高等学校から)	在学期間		学校名	学部・学科	○で囲む
	昭・平・令	年 月から	最終 (または現在)		卒業・卒業見込
	昭・平・令	年 月まで			年在学・中退
	昭・平・令	年 月から	(その前)		卒業・中退
	昭・平・令	年 月まで	(その前)		卒業・中退
	昭・平・令	年 月から	(その前)		卒業・中退
	昭・平・令	年 月まで	(その前)		卒業・中退
	昭・平・令	年 月から	(その前)		卒業・中退
職歴	在職期間		勤務先等	職務内容	所在地 (都道府県名)
	昭・平・令	年 月から	最終 (または現在)		
	昭・平・令	年 月まで			
	昭・平・令	年 月から	(その前)		
	昭・平・令	年 月まで	(その前)		
	昭・平・令	年 月から	(その前)		
	昭・平・令	年 月まで	(その前)		
	昭・平・令	年 月から	(その前)		
	昭・平・令	年 月まで	(その前)		
	昭・平・令	年 月から	(その前)		
免許・資格等	名称		取得年月日 (元号及び取得・取得見込みを○で囲む)		
	医師免許		昭・平・令	年 月 日	取得・取得見込み
			昭・平・令	年 月 日	取得・取得見込み
			昭・平・令	年 月 日	取得・取得見込み
			昭・平・令	年 月 日	取得・取得見込み

(裏面も記入し、自署も忘れないこと。)

さいたま市職員採用選考 受験申込書(裏面)

志望の動機

趣味・特技

自己PR

私は、さいたま市職員採用選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、
申込書の記載事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏名 _____ (自署)
(受験申込書の記入日)

※受付印

※申込書に記載された個人情報、採用選考及び採用に関する事務以外の目的には使用しません。
※採用予定日および受験資格を再度確認のうえ、お申し込みください。

(備考) ※受験の際に、椅子・机の使用等に配慮が必要な場合は記入してください。