

令和 8 年度採用

湯沢町職員採用（介護支援専門員）試験受験申込書

* 整理番号	
--------	--

職 種	介護支援 専門員	* 受験番号	P	写 真 ・申込前6ヶ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・本人と確認できるもの ・写真のないものは、受 理できません ・写真（縦4cm 横3 cm）を3枚用意してく ださい。 ・左の欄に1枚をのりで 貼り、他の2枚はこの 申込書と 同時に 提 出して ください。 令和 年 月 日撮影
ふりがな				
氏 名				
性 別	男 ・ 女			
生年月日	昭 和 年 月 日 生 平 成			
現 住 所	(〒 -) (同居先 方) (Tel - -)			
連 絡 先	(〒 -) (同居先 方) (Tel - -)			

学 歴				
学 校 名	学部学科名	所 在 地	在 学 期 間	該当を○で囲む
(最終)			年 月 から 年 月 まで	卒・卒見・中退
(その前)			年 月 から 年 月 まで	卒・卒見・中退
私は、湯沢町職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。 なお、私は次のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 ア 日本国籍を有しない者 イ 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者 ウ 湯沢町職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 令和 年 月 日 氏 名				

注 意 事 項

1. この申込書の受け付けは、8月1日（金曜日）午後5時15分までです。
郵送の場合は、8月1日までの消印のあるものに限り受け付けます。
受付期間経過後の申し込みは、受け付けません。
2. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
3. 記載は、すべて黒か青インクを用いてください。
4. ＊印以外の欄はすべて記載してください。
5. 数字はすべて算用数字を用いてください。
6. 受験票は、後日送付します。
(9月10日頃までに「連絡先」に記載された住所へ送付する予定です。)
7. この試験に関する照会は、湯沢町総務部総務課（TEL 025-784-3451）に申し出てください。

注) 写真3枚のうち残り2枚は、受験票及び受付票に貼り付けます。裏面に氏名を記入して提出してください。