奥多摩町シルバー人材センター職員採用試験申込書

試験職種	一般事務職	※受験番号	※
ふりがな		性　別	
氏　　名		男・女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　満（　　）歳		

写真貼付

上半身正面脱帽
3か月以内に撮影
(縦4㎝×横3㎝)

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

	学校名（学部・学科名含む）	期　　間	修学区分
学歴	中学校	自：S・H　年　月	卒業　中退
		至：S・H　年　月	卒業見込
		自：S・H　年　月	卒業　中退
		至：S・H　年　月	卒業見込
		自：S・H　年　月	卒業　中退
		至：S・H　年　月	卒業見込
		自：S・H　年　月	卒業　中退
		至：S・H　年　月	卒業見込

	勤　務　先	勤 務 内 容	期　　間
職歴			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月
			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月
			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月
			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月
			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月
			自:S・H・R　年　月
			至:S・H・R　年　月

	取得年月日	資格免許の名称
資格・免許	S・H・R　年　月　日	
	S・H・R　年　月　日	
	S・H・R　年　月　日	
	S・H・R　年　月　日	
	S・H・R　年　月　日	

扶養親族数（配偶者除く）	配　偶　者	配偶者の扶養義務
人	有　・　無	有　・　無

志望の動機	
自己ＰＲ	
趣味・特技	
採用後住所（予定）	

健康の状況	＜身長・体重＞　cm　kg
	＜視力＞　右　（　）　左　（　）※（ ）内は矯正視力を記入してください。
	＜既往歴＞　ある　・　ない
	＜既往歴がある場合＞　（総じて）　剛健　健康　やや弱い　不健康

私は、奥多摩町シルバー人材センター職員採用試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は奥多摩町シルバー人材センター職員採用試験案内に掲げてある応募資格等を満たしており、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。

令和　　年　　月　　日

氏　名　　印