

受験職種		受験会場	佐渡	※整理番号	
------	--	------	----	-------	--

* 受験職種は必ず記載してください。

※受験番号			
ふりがな		生年月日	
氏名		昭和 平成	年 月 日生
(郵便番号 —)		現住所 (受験票送付先)	
(携帯 — —)			
(同居先 方) (電話番号 — —)			

写 真

- ・ 申込前6ヶ月以内撮影
- ・ 脱帽、上半身、正面
- ・ 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。

年 月 日撮影

- ・ 写真 (縦4cm横3cm) 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。(3枚とも裏面に氏名を記入してください。)

学 校 名 (高校以上を記入)	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①)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退
(その前②)			年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退

勤 務 先 名	職 種	所 在 地	在 職 期 間	仕 事 内 容
(現在の勤務先)			年 月から 年 月まで	
(その前①)			年 月から 年 月まで	
(その前②)			年 月から 年 月まで	

私は、佐渡市職員採用試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は次に掲げる各号のど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 日本の国籍を有しない方

イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたは執行を受けることがなくなるまでの方

ウ 佐渡市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない方

エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法また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、またはこれに加入した方

令和 年 月 日

氏 名

※ 受付日付印		※ 取扱者		※ 受験者名簿記載照合		※ 受験票送付確認照合	
---------	--	-------	--	-------------	--	-------------	--

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、令和6年8月21日（水）午後5時30分までです。なお、受付期間後は、いかなる理由があっても受け付けません。郵送の場合についても、8月21日（水）必着です。
- 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、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 太枠の欄はすべて記載し、※印の欄には記載しないでください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 資格が必要な職種は、受験資格を証明する書類（免許証、資格証、合格証明書等）いずれかの写しを添付してください。資格取得見込の場合は、資格試験の受験要件を証明する書類（学校等の卒業（見込）証明書、修了（見込）証明書、成績証明書等）いずれかを添付してください。
- 7 受験票は、後日、現住所欄に記載された住所に送付します。
- 8 この試験に関する照会は、佐渡市総務部総務課人事係（Tel 0259-63-3111 内線325）に申し出てください。
- 9 提出書類の不備不足等があり、指定する期日までに必要な書類が提出されない場合は、受験申込みを受理できない場合があります。
- 10 佐渡市職員採用試験は、市民の皆さんの貴重な税金を使って実施します。申込者は必ず受験するようお願いいたします。