

令和7年7月1日採用

佐渡市職員採用試験受験申込書

受験職種	保健師	受験会場	佐渡市役所	※整理番号	
------	-----	------	-------	-------	--

※受験番号			
ふりがな 氏 名	生年月日 昭和 年 月 日生 平成	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） ・ 裏面に氏名を記入し、 左の欄に1枚をのりで貼ってください。	
(郵便番号 —) 現住所（受験票送付先）			
(同居先 (携帯 — —) 方)（電話番号 — — ）			

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 拘禁刑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7年5月14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、5月14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 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。
- 4 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 5 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。
- 6 返信用封筒（長形3号、110円分の切手貼付、申込者の住所氏名を明記したもの）を添付してください。
- 7 試験内容の通知は後日、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します。