平成３１年度鳥取県公立学校職員（学校看護師・経験者対象）採用候補者選考試験　受験申込書

※受験番号

私は、平成３１年度鳥取県公立学校職員（学校看護師・経験者対象）採用候補者選考試験を受験したいので申し込みます。なお、私は実施要項に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

平成　　年　　月　　日

（写真欄）
申込前６ヶ月以内に無帽で正面から上半身を写した縦4.5cm、横3.5cmの写真を貼付してください。

（ふりがな）

氏　名
（自筆）

生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	性別	

（ふりがな）

現住所　〒

［電話（　　）　　－　　携帯電話　　－　　－　　］

学　歴　（高等学校卒業後の学歴をすべて書いてください）　※記入欄が不足する場合には別紙で添付

学　校　名	学部科名	所　在　地 （都道府県）	在　学　期　間	卒業、中退等の別
			年　月 ～　年　月	卒業・第　学年中退
			年　月 ～　年　月	卒業・第　学年中退
			年　月 ～　年　月	卒業・第　学年中退
			年　月 ～　年　月	卒業・第　学年中退
			年　月 ～　年　月	卒業・第　学年中退

職　歴　（今までの経歴を古いものから詳しく書いてください）　※記入欄が不足する場合には別紙で添付

勤務箇所	所 在 地 （都道府県）	在　職　期　間	職 名	職 務 の 内 容
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		
		年　月 ～　年　月		

資 格・免 許　※記入欄が不足する場合には別紙で添付

資格・免許の名称	取得(見込)年月日	認定（交付）機関

※受験番号の欄は、記入しないでください。