

# 大垣市職員採用試験申込書 (大学卒程度・資格免許職)

私は、大垣市職員採用試験を受験したいので申込みます。  
なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当していません。  
また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

1. 日本国籍を有しない者（ただし、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士を受験する方を除きます。）
2. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
3. 大垣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年を経過しない者
4. 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団体を結成し、又はこれに加入した者

令和2年 月 日

ふりがな	
氏名	

※受験番号 ( )

写真

申込前6か月以内に撮影した写真（上半身・脱帽・正面向き・縦5cm×横4cmのもの）※裏面に氏名記入

### 記入上の注意

1. 数字はすべて算用数字を用いてください。
2. 該当するものを○で囲んでください。
3. 記載事項に不正があると大垣市職員として採用される資格を失うことがあります。
4. ※印の欄は記入不要です。

試験区分	1 大学卒程度	受験職種	A 一般事務	B 一般事務（社会福祉士）
	2 資格免許職		C 技術（土木）	D 技術（電気設備）
			E 技術（建築）	F 保育士・幼稚園教諭
			G 薬剤師	H 診療放射線技師
			I 臨床検査技師	J 臨床工学技士
			K 理学療法士	L 言語聴覚士
			M 管理栄養士	N 歯科衛生士
			O 医療ソーシャルワーカー	
生年月日 平成 年 月 日生		年齢 令和3年4月1日現在 満 歳	性別 男 ・ 女	
現住所 (郵便番号 - ) (携帯電話 - - )				
合否の連絡先（現住所と異なる場合のみ記入してください。） (郵便番号 - ) (携帯電話 - - )				
学 歴（最終学歴と高等学校以上の学歴について新しいものから順に記入してください。）				
学 校 名	学部・学科名	所在地	期 間	そ の 他
(最終)	学部 学科	都道 府県	年 月から 年 月まで	卒・卒見込 学年 在・中退
(その前)		都道 府県	年 月から 年 月まで	学年 卒・中退
(その前)		都道 府県	年 月から 年 月まで	学年 卒・中退

職 歴（今までに就職したことがあれば新しいものから順に書いてください。）			
勤 務 先	所 在 地	在 職 期 間	職 務 内 容
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
特殊技能（検定・資格・免許その他特殊な技能を有する人は記入してください。） （資格が必要な職種を受験される方は、当該資格について必ず記入してください。）			
社会福祉士・保育士 薬剤師・診療放射線技師 臨床検査技師・臨床工学技士 理学療法士・言語聴覚士 管理栄養士・歯科衛生士	年 月 日	・	取 得 ・ 取得見込
幼稚園教諭	・	・	取 得 ・ 取得見込
普通自動車運転免許	・	・	取 得 ・ 取得見込
	・	・	取 得 ・ 取得見込
	・	・	取 得 ・ 取得見込
	・	・	取 得 ・ 取得見込
志望の動機			
趣味・特技			
大垣市の採用試験をどこで知りましたか。 <input type="checkbox"/> 広報おおがき <input type="checkbox"/> 市ホームページ <input type="checkbox"/> 就職サイト <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他（            ）			
併願状況（今年度ほかの公務員試験を受けた（受ける予定）人はチェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 国家公務員 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 県内市町村 <input type="checkbox"/> 県外市町村 <input type="checkbox"/> その他地方公務員			
※受付年月日		・	・