

〈既卒者用〉

| | | | |
|------|-------------|------|--------|
| 希望職種 | 1. 薬剤師（正職員） | 受験番号 | * — |
|------|-------------|------|--------|

千歳市職員採用候補者登録試験申込書

ふりがな -----

受験者 氏 名 _____ 男・女

昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____
(_____ 方)

提出書類

1. 履歴書（市指定用紙、写真添付（スナップ不可）） ----- 1 通
2. 資格証明書の写し ----- 1 通

上記書類を添え、千歳市職員採用候補者登録試験の申し込みをいたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

千歳市職員任用試験委員会委員長 様

受験者氏名 _____ 印

- 注) 1 希望する職種の記号を「○」でかこんでください。
2 *の欄は記入しないでください。