

〈既卒者用〉

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

千歲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
生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)

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. 面接シート（指定用紙）----- 1 通
3. 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

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。

千 歲 市