

〈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
生年月日 平成 年 月 日 （満 歳）

住 所 (方)

メールアドレス

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

4. その他（ ）

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。

令和 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。

千 歲 市