

〈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

生年月日 昭和 _____ 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。