

岡山県後期高齢者医療広域連合会計年度任用職員採用試験受験申込書

令和8年度	※受付番号		
フリガナ 氏 名		写 真 写真は試験日前6 か月以内に撮影した 上半身・脱帽・正面 向きのを、裏面 にのりをつけて貼り つけてください。 (縦5cm×横4cm)	
昭和・平成 年 月 日生			
現住所 (〒 -) 電話番号 () - (携帯番号)			
連絡先 (〒 -) 電話番号 () -		令和 年 月 日撮影	
学 歴 (高等学校から順に記入してください。)			
学 校 名	学部・学科名	期 間	該当を○で囲む
高等学校		年 月から 年 月まで	卒業・中退・転校
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・転校
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・転校
最終		年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込 修了・修了見込
職 歴		資 格 ・ 免 許	
勤 務 先 名	在 職 期 間	資 格 ・ 免 許 名	取得年月日
	年 月から 年 月まで	普通自動車運転免許	年 月 取得 見込
	年 月から 年 月まで		年 月 取得 見込
	年 月から 年 月まで		年 月 取得 見込
	年 月から 年 月まで		年 月 取得 見込
志望動機			
自己PR			
上記のとおり受験を申し込みます。なお、私は地方公務員法第16条に該当していません。また、この申込書の記載事項に相違ありません。			
令和 年 月 日	氏 名	印	

注1 連絡先の欄は、現住所以外へ連絡を希望する場合のみ記入してください。
 注2 ※印欄を除くすべての欄に受験申し込み者が**自筆**で記入してください。
 注3 学歴・職歴等欄が足りない場合は、別紙に記載し添付してください。
 また、志望動機・自己PR欄が足りない場合は、裏面に記載してください。

岡山県後期高齢者医療広域連合会計年度任用職員採用試験受験申込書（うら）

氏名	
志望動機	
自己PR	
身体等の事情により受験上配慮を要する事項 （必要な場合のみ記入すること）	