

(平成 年 月 日撮影)

平成29年度 魚沼地域特別養護老人ホーム組合

# 職員採用試験受験申込書

写 真

6ヶ月以内  
撮 影  
4 cm×3 cm  
1枚貼付け  
1枚添付

職 種	看護師	※受験番号	
ふりがな 氏 名		昭 和 平 成 年 月 日生	性別
ふりがな 現住所	(〒 ー )		(電 話 番 号)
ふりがな 連絡先	(〒 ー )		(電 話 番 号)
学 校 名	学 科 名	在 学 期 間	該当を○で囲む
(最終)		昭和・平成 年 月から 昭和・平成 年 月まで	卒・卒見・中退
(その前)		昭和・平成 年 月から 昭和・平成 年 月まで	卒・卒見・中退
(その前)		昭和・平成 年 月から 昭和・平成 年 月まで	卒・卒見・中退

私は、魚沼地域特別養護老人ホーム組合職員採用試験を上記のとおり受験したいので申し込めます。

なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の全ての記載事項は事実と相違ありません。

- ア. 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
- イ. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- ウ. 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

平成 年 月 日

氏 名

印

## 記載上の注意事項

1. この申込書の受付は、平成30年1月12日（金曜日）午後5時までです。  
なお、受付終了後はいかなる理由があっても受け付けません。
2. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
3. 記載は、すべて黒インクか青インクを用いてください。
4. ※印欄は、記入しないでください。
5. 数字は、すべて算用数字を用いてください。
6. 写真は2枚必要で、申込前6ヶ月以内に撮影のものとし、脱帽、上半身、正面向きのものであり、本人と確認できるものとします。  
大きさは、縦4cm、横3cmとし、写真のないものは受理できませんのでご注意ください。
7. この試験に関する照会は、魚沼地域特別養護老人ホーム八色園 総務課（025-777-3811）にお申し出ください。