令和９年度採用
養父市職員採用選考申込書

受付番号	※受付印

申込年月日	令和　　年　　月　　日
職　　種	**歯科医師職**

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	昭和・平成　　年　　月　　日生 歳(申込時)
現住所		
郵便番号　　－	電話	(　　)　　－
通知の際の連絡先（現住所と異なる場合のみ記入）		
郵便番号　　－	電話	(　　)　　－

写　真

（縦4.0×横3.0cm）

・申込前６か月以内に撮影したもの。
・正面向き、無帽、上半身のみ。

	学　校　名	学部・学科名	所　在　地	制　度	在学期間	修学区分
学歴	中学校	――――		―年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退

	勤　務　先	所　在　地	在　職　期　間	職務内容	備　　考
職歴			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		

	名　　称	取得年月日	名　　称	取得年月日
免許・資格		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。
以上の記載事項は、事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（記入上の注意）
1　枠内の該当欄は、すべて記入してください。（該当のない場合は「なし」と記入してください。）
2　数字は、アラビア数字を使ってください。
3　記載事項に不正がありますと採用される資格を失うことがあります。
4　該当欄には、自筆で必ず黒ボールペンで正確かつ明瞭に記入してください。
5　※印の箇所は、記入しないでください。
6　学歴、職歴及び免許・資格の欄が不足する場合は、裏面に記入してください。

	学　校　名	学部・学科名	所　在　地	制　度	在学期間	修学区分
学歴				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退
				年制	年　月から 年　月まで	卒業・卒見 修了・中退

	勤　務　先	所　在　地	在　職　期　間	職務内容	備　　考
職歴			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		
			年　月～　年　月		

	名　　称	取得年月日	名　　称	取得年月日
免許・資格		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・
		・　・		・　・

歯科医師免許証の写を添付してください