

長岡市介護保険適正化推進員採用試験申込書

		※ 受 験 番 号			※受付年月日			
受験職種	長岡市介護保険適正化推進員					写真を貼る 1.申し込み前3か月以内に撮影したもの 2.正面向、上半身、無帽 3.たて4.5cm・よこ3.5cmの縁なしのもの 4.写真の裏面全体に糊をつけ、しっかりと貼ること (写真がないと受け付けできません。)		
ふりがな								
氏 名								男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (令和8年4月1日現在 満 歳)							
本人の現に居住する所	(〒 -) (Tel ())							
合 否 の 通 知 先	(〒 -) (Tel ())							
学 歴 (専修学校 専門課程 について も記入し てください。)	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間		該 当 を ○ で 囲 む		
	高等学校	/	/	年 月 ~ 年 月		卒業		
				年 月 ~ 年 月		卒・卒見込・中退		
				年 月 ~ 年 月		卒・卒見込・中退		
				年 月 ~ 年 月		卒・卒見込・中退		
職 歴	職 業 (勤務先)		所在地	職務内容	在 職 期 間			
					年 月 ~ 年 月			
					年 月 ~ 年 月			
					年 月 ~ 年 月			
					年 月 ~ 年 月			
免許・資格 (受験資格 に特定の 免許・資 格を要す る職種は 必ず記入 してくだ さい。)	免 許 ・ 資 格 の 名 称		取 得 (見 込) 年 月 日		免 許 ・ 資 格 証 等 の 番 号			
	普通自動車運転免許証		年 月 日	取得・見込				
			年 月 日	取得・見込				
			年 月 日	取得・見込				
			年 月 日	取得・見込				

【記入上の注意】

- (1) 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。
- (2) ※印の欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。
- (3) 記入にあたっては、すべて、黒のインク又はボールペンではっきりと書いてください。
- (4) 記入もれがある場合及び記名の無い場合は受け付けません。

