

※ 記入にあたっては、自筆で万年筆又はボールペンを使用し、年月日は和暦で記入してください。

公益財団法人ちば県民保健予防財団

職員採用試験 申込書

平成 年 月 日現在

※受験番号(未記入)

受験する職種

ふりがな		性別	写真欄 受験日前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの。 縦4.5cm×横3.5cm
氏名		男・女	
生年月日	年 月 日生(満)	歳)	
ふりがな			
現住所	〒 _____ 電話 () 携帯電話 () E-mail		
ふりがな			
連絡先	〒 _____ (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話 ()		
学歴	学校名	学部学科名	在学期間
	中学校		年 月卒業
			年 月入学 年 月卒業・卒業見込・中
			年 月入学 年 月卒業・卒業見込・中
			年 月入学 年 月卒業・卒業見込・中
			年 月入学 年 月卒業・卒業見込・中
職歴	勤務先	職務内容	期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

※学歴、職歴の記入欄が足りない場合は別途提出してください。(書式は問いません)

