

令和7年度多賀城市職員採用（上級保健師）試験申込書

令和7年度多賀城市職員採用（上級保健師）試験申込書					※受験番号 C -	
ふりがな		■生年月日(年齢)			試験区分	
氏 名		平成 年 月 日生 (満 歳)			上級 保健師	
■現住所					性 別 男 ・ 女	
(郵便番号 -) (携帯番号 - -) (電話番号 - -)					(写真貼付) 写真は、申込み前6か月以内に、脱帽、正面向きで、上半身を撮影した縦4cm×横3cmのもので、本人と確認できるものが必要です。 写真を貼っていない場合又は不鮮明その他受験写真として適当でない場合は、受理できません。	
■連絡先 (急ぎの連絡をする場合、必ず連絡できるところを記入してください。)					年 月 日 撮 影	
(郵便番号 -) (電話番号 - -)						
■学歴	学 校 名	学部・学科・専攻	所在地	在学期間	卒・卒見等別	
現在(最終)				年 月 ～ 年 月	卒・卒見 (学年) 修了 中退	
その前				年 月 ～ 年 月	卒・卒見 (学年) 修了 中退	
その前				年 月 ～ 年 月	卒・卒見 (学年) 修了 中退	
■職歴					資格・免許	
□就職している（したことがある。） □就職したことがない [下 欄 に 記 入 の こ と]					名 称	
勤務先	部課・職務内容		所在地・電話		取得 (見込) 年月	
現在（最終）			年 月 ～ 年 月		年 月	
その前			年 月 ～ 年 月		年 月	

■ 裏面の「記入にあたっての注意」をご参照ください。また、裏面にも記入欄があります。

(切り離さないで提出してください)

郵便はがき
85円切手

住所

(様方)

(氏名)

差出人 〒985-8531
宮城県多賀城市中央二丁目1番1号
多賀城市総務部総務課人事係
Tel 022-368-2195(係直通)

注意事項 今後、情勢の変化により試験日程に変更が生じる場合は、多賀城市ホームページ「多賀城市職員の採用」上で告知しますので、随時確認してください。

試験会場案内

- ※1 上のはがきは、受験票(裏面)になります。
受験票(裏面)の「試験区分」「職種」を確認の上、「氏名」を必ず記入してください。
- ※2 上のはがき(表面)に受験票の郵送先「住所」、「氏名」、「郵便番号」を記入し、必ず85円切手を貼ってください。切手の貼付が無い場合は、受験票を送付できません。
直接窓口に試験申込書を持参する場合でも、切手を貼ってください。
- ※3 申込書は、A4サイズではがき程度の厚さの紙に、切り線が両面で重なるように印刷してください。

多賀城市職員採用試験(上級保健師)
受 験 票

自治体名	多賀城市	
試験区分	職種	※受験番号
上級	保健師	C -
氏 名	ふりがな	
試験会場	多賀城市役所	

○ 試験日時 令和7年7月13日(日)
受 付 午前8時30分から午前9時10分まで
試験開始 午前9時30分

◆ 試験当日の受験心得

- 試験当日は、定刻までに着席できるよう余裕を持っておいでください。受付時間終了後に来た方は、原則として受験できません。
- 受験の際は、この**受験票、筆記用具**(HBの鉛筆、消しゴム)、**昼食**を持参してください。
- 受験者用の駐車場はありません。試験会場へは、公共交通機関を御利用ください。
- 試験会場内(敷地)は、禁煙です。会場周辺での喫煙も御遠慮ください。

内容を確認した上で日付及び氏名(自署)
の記入をお願いします。

記 入 に あ た っ て の 注 意

■ 共通事項

- ※印欄を除く全ての欄に、漏れなく自筆で記入してください。
該当する□の中にはレ印を、該当する事項は○で囲んでください。
- 記入には、黒又は青のボールペン、万年筆等を用い、丁寧に記入してください。数字は、算用数字で記入してください。誤りがあった場合は、二本線の上に訂正印を押印し、訂正してください。
- 氏名及び生年月日は、**戸籍記載のとおり**正確に記入してください。
- 現住所及び連絡先は、寮・アパート等の場合にはその名称、室番号までを、下宿等の場合には同居先を必ず記入してください。
連絡先電話番号が複数ある場合には、複数の電話番号を記入してください。
- 学歴(各種学校を除く)は、最近のものから順に記入してください。
なお、学校の所在地については、所在地市町村名まで記入してください。
- 資格・免許は、その名称・取得(見込)年月を記入してください。
- 職歴(在学中のアルバイトは除く)は、最近のものから順に記入してください。勤務先の所在地については番地までくわしく記入してください。
なお、部課・職務内容は、その勤務先における最終のものを記入してください。

私は、多賀城市職員採用(上級保健師)試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は、日本国籍を有しており、次の各号のいずれにも該当しておりません。

- 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 多賀城市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 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

以上、この申込書に記入した内容は、すべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名(自署)