

令和7年4月採用 新潟市会計年度任用職員（母子保健相談員）採用試験 受験申込書

※試験案内に記載の受験申込書記入上の注意をよく読んで記入してください

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日生
現住所	〒 TEL () -
合否通知先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (合否通知先が現住所と同じ場合はチェックしてください) 〒 TEL () -

受験番号	—
------	---

写真を貼る ※6か月以内に撮影したもの。 写真がないと受験できません。 (縦4cm、横3.5cm程度)
--

年 月 撮影

学歴・学校名	学部	学科	在学期間	該当を○で囲む
最終			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退
現在の勤務状況 (該当を○で囲む)	有 無	有の場合勤務先名		
私は新潟市会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験要件を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 年 月 日 氏 名 印				

※ 必ず受験票発送用の封筒を同封してください。(110円切手貼付)

- ※ 学歴欄は最終学歴だけではなく、「その前」の学歴も記入してください。ただし、「その前」の学歴が中学校以前の場合は記入不要です。
- ※ 自署の場合は押印不要です。