

(様式 3 - 2)

栃木県産休育休代替職員〔保健師・看護師・管理栄養士〕採用選考試験申込書

(受付票)

(※欄は記入の必要がありません。)

職 種	保健師・看護師・管理栄養士	受験番号	※	
試 験 日	令和 年 月 日			
(ふりがな) 氏 名	性別		男・女	
生年月日	年 月 日 (満 歳)			
(ふりがな) 現 住 所	(〒 -)		電 話	
	方 (下宿等の場合は必ず記入すること)		()	
(ふりがな) 連 絡 先 等 (現住所以外に 受験票等の送付 を希望する場合 などに記入)	(〒 -)		電 話	
	方 (下宿等の場合は必ず記入すること)		()	

私は、栃木県産休育休代替職員採用選考試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。

- ① 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
- ② 栃木県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過していない者
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、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

令和 年 月 日

氏 名