

長野県職員採用選考考査申込書

私は長野県職員採用選考考査を受験したいので申込みます。

私は日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。

また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

ふりがな 氏名		男女	職 種 区 分	獣医師	
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	受験番号 ※
現住所	〒				
申込者本人と確実に 連絡のとれる電話番号		電話 - -		左記以外の連絡先	電話 - -
学 歴 高 校 卒 業 以 上 の み 記 入	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	所 都 道 府 県	在 学 期 間	卒 業 ・ 卒 業 見 込 中 退 等 の 別
	高等学校			年 月から 年 月まで	卒・卒見 ・その他 ()
	大学			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 ・その他 ()
	その他			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 ・その他 ()
現職又は最も 新しい職歴				年 月から 年 月まで	進学予定 有無
免許の名称	獣医師 (取得(見込み)時期 年 月 日)				

※印は記入不要

この選考考査の実施に際して収集する個人情報は、この選考考査のために必要な範囲でのみ
利用します。

受 験 票

職 種 区 分	獣医師
受 験 番 号 ※	
ふ り が な 氏 名	

※印は記入不要

(写 真 欄)

申込みの際には、必ず写真を
貼ってください。

- ・申込み3ヶ月以内に撮影した
もの
- ・帽子をとって正面から写した
もので本人と確認できるもの
- ・縦5cm、横4.5cm程度のもの