

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おりません。

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		職 種 区 分	獣医師		
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	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	- -		左記以外の連絡先	- -	
メールアドレス (必ず記入してください)					
学歴 高校卒業以上の のみ記入	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	所 在 地 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、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