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に相違ありません。

ふりがな 氏　名			職種 区分	獣医師	
生年月日	昭和 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	－　－			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（高校卒業以上のみ記入）	学校名	学部・学科名	所在都道府県	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