

平成29年度米沢市職員採用試験受験申込書

写 真 (平成 年 月 日撮影)	試験区分	受験月日	※ 受験番号	※ 取扱者	
	視能訓練士				
(1) 写真は、裏全面にのりを付けてこの欄に貼ってください。	ふりがな 氏 名				
(2) 写真は、申込み前6月以内に撮影した脱帽、正面上半身の縦4.5cm、横3.5cmのもの	昭和・平成 年 月 日生				
(3) 写真がない場合は、受理できません。	〒 - 電話番号() -				
	住 所				
試験結果 連絡先				〒 - 電話番号() -	
※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入					
学 歴	学 校 名	学 部 科 名	制	期 間	○で囲む
	(現在又は最終)		年制	年 月から 年 月まで	卒 卒見込 在学中 中 退
	(そ の 前)		年制	年 月から 年 月まで	卒 中 退
	(そ の 前)		年制	年 月から 年 月まで	卒 中 退
	(そ の 前)		年制	年 月から 年 月まで	卒 中 退
	(そ の 前)		年制	年 月から 年 月まで	卒 中 退
注意事項					
1 電話番号は必ず申込者本人と直接連絡がとれる番号を記入してください。					
2 学歴欄には、学校教育法第1条に規定する学校のうち中学校以上のものを記入してください。					
3 学校教育法に規定する専修学校及び各種学校に係る学歴については、裏面の職歴欄に記入してください。					

平成29年度米沢市職員採用試験

受 験 票

試験区分	※ 受験番号
視能訓練士	

氏 名	
-----	--

- ◎試験日時 第1回 平成29年7月10日(月)
 第2回 平成29年8月 7日(月)
 第3回 平成29年9月19日(火)
- ◎試験開始 13時～(開場12:30～)
- ◎試験場 米沢市立病院 中央診療棟 3階 講義室

検定、資格、免許(名称及び取得年月日)

職	勤務先	職務内容	所在地	在職期間	退職理由
	(現在又は最近)				年 月から 年 月まで
歴	(その前)			年 月から 年 月まで	
	(その前)			年 月から 年 月まで	
	(その前)			年 月から 年 月まで	
	(その前)			年 月から 年 月まで	

私は、受験案内に記載されている受験資格を全て満たしております。また、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名 印

- 注意
- 1 受験案内をよく読んで※印欄を除くすべての欄に、黒又は青インクを用いて、楷書で丁寧に記入してください。
 - 2 数字は、算用数字を用いてください。
 - 3 記入事項に不正があると、米沢市職員として採用されないことがあります。

受験注意事項

- 1 試験当日は、受験票とともに筆記用具を持参して定刻10分前までおいください。受験票がない場合又は遅刻した場合は、受験できません。
- 2 受験票を紛失した場合は直ちに申し出てください。
- 3 試験場では係員の指示に従ってください。
- 4 筆記用具は、鉛筆(HBに限る。)、消しゴム及び黒のボールペンを準備してください。
- 5 当病院は敷地内禁煙です。