**八尾市職員採用試験受験申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験番号（記入不要） | 試験区分診療放射線技師（技師長） | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 性別 | 緊急連絡先メールアドレス（台風・電車遅延時等に用います。） |
| 昭和平成 | 年　　月　　日 |  |  |
| 現住所 | 〒（　　　　-　　　　） | 携帯電話連絡先写　真・縦4cm×横3cm・上半身・脱帽・正面向・過去3か月以内に撮影したもの（眼鏡使用者は眼鏡着用）・写真の裏面に氏名を記入すること・鮮明な画像データ挿入によるカラープリント可 |
| 都道府県・市区まで | 町村以下 |  |
|  |  |
| 固定電話連絡先 |
|  |

　私は、八尾市職員採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は採用試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、かつ、申込書の記載事項は事実に相違ありません。

学歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 | 学部・学科 | 卒業・終了年月 |
|  |  | 年　　月卒業・修了・見込 |
|  |  | 年　　月卒業・修了・見込 |
|  |  | 年　　月卒業・修了・見込 |

資格・免許（受験資格要件に関連する資格についてのみ記入。）

|  |  |
| --- | --- |
| 資格・免許の名称 | 取得年月 |
|  | 昭 平令 | 　　　年　　　月 | 取得取得見込 |
|  | 昭 平令 | 　　　年　　　月 | 取得取得見込 |
|  | 昭 平令 | 　　　年　　　月 | 取得取得見込 |

受験上の配慮を要する事項（点字受験、車椅子の使用や拡大文字による受験等）の有無

|  |  |
| --- | --- |
| 有　・　無 | 「有」の場合具体的配慮事項 |
|  |

・　欄が足りない場合はコピーして記入してください。

・　虚偽の記載が確認された場合、採用しないことがあります。