

出願職種	※1	種別	理療	受験番号	
	※2				
※1は「教諭」、「実習助手」から一つ記入すること。 ※2は記入しないこと。					
ふりがな		性別	生年 月日	昭和・平成	年 月 日生 ( )歳
氏名					平成29年4月1日現在
住所	現住所	〒	—	写 真 ・平成28年6月以降に正面から上半身を撮影したか-写真を(裏面に名前を記すこと)貼付すること。 (縦4.5cm×横3.5cm) ・これと同じ写真を、送付された受験票にも貼付すること。	
	TEL 自宅・携帯	—	—		
	現住所以外の連絡先	〒	—		
	TEL 自宅・携帯	—	—		
最終 学歴	学 校 名	学 部 ・ 課 程 ・ 学 科 ・ 専 攻		在学期間	区 分
				年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 修了・修了見込
資格・免許	名 称	授与年月日			授与権者
		昭・平	年 月 日	取得・取得見込	
		昭・平	年 月 日	取得・取得見込	
		昭・平	年 月 日	取得・取得見込	
		昭・平	年 月 日	取得・取得見込	
		昭・平	年 月 日	取得・取得見込	
職 歴	在職期間	勤務先等 (教員の場合は職名及び正式採用・臨時採用の区別も記入)			
	昭・平	年 月 ~ 年 月			
	昭・平	年 月 ~ 年 月			
	昭・平	年 月 ~ 年 月			
昭・平	年 月 ~ 年 月				
出願の動機					
選考結果の情報提供の希望があれば、○をつけること			車椅子の使用、点字による受験等の希望があれば、○をつけること		
私は、この試験に必要な出願資格を全てみだし、かつ、地方公務員法第16条および学校教育法第9条の欠格事由に該当していません。また、この願書に記載した事項は事実と相違ありません。					
平成 年 月 日		出願者			
		氏 名(謄)			