

平成30年度採用

魚沼地区障害福祉組合（魚沼学園・魚沼更生園）

管理栄養士 職員採用試験受験申込書

※ 受験番号

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生		
現 住 所	(〒 -) 電話番号		
連 絡 先	(〒 -) (※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話番号		

私は、魚沼地区障害福祉組合職員（管理栄養士）採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。

なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書の全ての記載事実に相違ありません。

ア 日本国籍を有しない者

イ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）

ウ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者

エ 魚沼市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者

オ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

平成 年 月 日

氏 名

印

※受 付 日付印		※取扱者		※受験者 記載照合		※受験案内 送付確認 照 合	
-------------	--	------	--	--------------	--	----------------------	--

注1) 市販の履歴書（写真貼付（縦4cm×横3cm））を同時に提出してください。

注2) 受験要項に記載の受験資格については、履歴書の資格欄に記入するとともに、管理栄養士の資格取得者については資格証の写しを、添付してください。

注3) 各資格等の取得見込者はその旨を履歴書に記載してください。

注4) 裏面の注意事項を確認してください。

注5) ※印の欄は記入しないでください。

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、平成29年10月16日（月）から平成29年11月13日（月）《必着》までです。
受付期間経過後の申込みは、受け付けません。
- 2 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 3 記入にあたっては、全て青か黒インクのボールペン又は万年筆を用いてください。
- 4 ※印以外の欄は、全て記載してください。
- 5 数字は、全て算用数字を用いてください。
- 6 受験案内は、後日送付します。
- 7 この受験に関する照会は、魚沼地区障害福祉組合庶務課（電話：025-792-0846）にお問い合わせください。