

旭川市消防職員採用候補者資格試験受験申込書

<写 真>

上半身・無帽・正
面向きで6か月
以内に撮影した
もの

(縦4cm×横3cm)

受験区分	大 学	<input type="checkbox"/>	※ 受験番号	
	短 大	<input type="checkbox"/>		
	高 校	<input type="checkbox"/>		

ふりがな		性 別		年 齢	
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		[満 歳]	
				※令和5年4月1日現在	
生年月日		平成 年 月 日			
現住所	(〒 -)				
自宅電話番号	() -	携帯電話	- -		
メールアドレス					
連絡先	(〒 住所氏名)	電話 () -			本人との関係
※本人以外の方で(父・母等)の連絡先を記入してください。					
最終学歴	学 校 名	修学区分	学部・学科	在学期間	
	最終(現在)	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		始期	終期
	その前	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		年 月	年 月
職歴等 (新しい順から)	勤務先名 (在家庭期間は「在家庭」と記載する)	所属部課 及び内容	所在 市町村	在職又は在家庭期間	
				始期	終期
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
部活・ボランティア	種目及び活動内容	成績等	地位等	活動期間	
				始期	終期
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
身体 の 状 況	視力(矯正視力を含む。)	右 (.)		左 (.)	
	色覚	<input type="checkbox"/> 正 . <input type="checkbox"/> 異	聴力	<input type="checkbox"/> 正 . <input type="checkbox"/> 異	健康

欠格事項等の確認 (該当しなければチェックする。)	<input type="checkbox"/> 私は次に掲げる事項のいずれにも該当していません。 1 日本国籍を有しない者 2 地方公務員法第16条(欠格条項)に該当する者
最終確認 (相違なければチェックする。)	<input type="checkbox"/> 私は旭川市消防職員採用候補者資格試験を受験したいので申し込みます。 この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。