

様式第1号 (第8条関係)

茨城県商工会等職員経験者採用試験受験申込書

(1/4)

※太枠内を全て自筆で記入してください。
 選択事項は○を付してください。

(年 月 日現在)

写 真

提出前6ヶ月以内に撮影した上半身・正面・無帽のもの。

縦 4.5 cm × 横 3.5 cm
 写真裏に名前を記入のこと

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭 ・ 平	年 月 日 (満 歳)	性別 男・女
現住所	ふりがな		
	〒		
電話番号	自宅		携帯
E-mail	PC		mobile
現住所以外の 連絡先 (帰省先等) 特にない場合は無記入	ふりがな		
	〒		
	電話番号		

茨城県外に現在お住いの方で、県内にご実家等の居住地がある方は、記載をお願いいたします。

学 歴	学校名、学部・学科・専攻等 ※高校から記入	修 学 期 間 ※年には昭・平・令を記入		備 考
			年 月 ~	年 月
		年 月 ~	年 月	中退・卒業見込・卒業・修了
		年 月 ~	年 月	中退・卒業見込・卒業・修了

アルバイト経験 (内容・年数)	具体的な検定名と取得年月日を必ずご記入ください。 (例) 日商簿記検定3級			
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月日 ※年には昭・平・令	名 称	取得年月日 ※年には昭・平・令
	簿記検定 級	年 月 日		年 月 日
	普通自動車運転免許 (MT・AT限定)	年 月 日		年 月 日
		年 月 日		日
		年 月 日		日

既往歴	有・無	傷病名 ()
-----	-----	---------

普通自動車運転免許を保有されている場合は、「MT」「AT限定」のいずれかに○を付し、取得年月日を必ずご記入ください。

業務に支障をきたすおそれがある傷病、定期的な通院を必要とする既往歴をお持ちの場合は、ご記入ください。