

( 様式 1 )

栃木県職員〔公衆衛生医師〕採用選考候補者選定申込書

( 受付票 )

職 種	公 衆 衛 生 医 師	
(ふりがな)		
氏 名		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
(ふりがな)	( 〒 - )	電 話
連 絡 先		( )
		携 帯 電 話
		( )

私は、栃木県職員採用選考候補者に関する選定を受けたいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。

- ① 日本の国籍を有しない人
- ② 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- ③ 栃木県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- ④ 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人

年 月 日

氏 名