

(様式 3 - 2)

栃木県産休・育休代替職員〔薬剤師又は獣医師〕採用選考試験申込書

(受付票)

(※欄は記入の必要がありません。)

職 種		※	
試 験 日	※ 令和 年 月 日		受験番号
(ふりがな) 氏 名		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
(ふりがな) 現 住 所	(〒 -) 方 (下宿等の場合は必ず記入すること)	電 話 () 呼出 (方)	
(ふりがな) 連 絡 先 等 (現住所以外に 受験票等の送付 を希望する場合 などに記入)	(〒 -) 方 (下宿等の場合は必ず記入すること)	電 話 ()	

私は、栃木県産休代替職員（薬剤師又は獣医師）採用選考試験を受験したいので、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 成年被後見人又は被保佐人(民法の一部を改正する法律の規定により従前の例によることとされる準禁治産者を含む)
- ② 拘禁刑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者
- 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年を経過していない者
- 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者

令和 年 月 日

氏 名

印