

(様式 3 - 2)

栃木県欠員補充職員〔心理・保育士・保健師・看護師・児童自立支援員〕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		受験番号	※	
試 験 日	※令和 年 月 日			
(ふりがな) 氏 名			性 別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日（満 歳） 平成			
(ふりがな)	(〒 -)		電 話	
現 住 所				
	方（下宿等の場合は必ず記入すること）		呼出（ 方）	
(ふりがな)	(〒 -)		電 話	
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）			

私は、栃木県欠員補充職員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日本国籍を有しない者
- 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