

平成29年度実施
神奈川県公立学校教員採用候補者選考試験
受 験 申 込 書

(自立教科(理療)担当用)

※郵送申込みは、5月15日(月)の消印まで有効(持参不可)

※第1次	※第2次	※実技

校種等・教科				※受験番号
4	7	0	1	

ふりがな				生年月日	昭・平 年 月 日生	性別	教科
氏名				年齢	平成30年4月1日現在	歳	自立教科 (理療)担当
ふりがな							
現住所	〒 【必須】電話番号① () - 【必須】電話番号② () -						
上記の現住所で連絡がとれない場合の連絡先	〒 【必須】電話番号 () - 【必須】連絡先名						
最終学歴	学校名: 学部(研究科): 学科(専攻): 昭和・平成 年 月 卒業(修了)・見込						
資格取得のための学歴	学校名: 学部: 学科: 昭和・平成 年 月 卒業(修了・終了)・見込						

教員免許状 所有している免許状又は取得見込の免許状の全てを記入	種類	教科	記号・番号	取得(見込)年月日	取得・見込の別	
			第 号	昭 平	・ ・	取得・見込
			第 号	昭 平	・ ・	取得・見込
			第 号	昭 平	・ ・	取得・見込
			第 号	昭 平	・ ・	取得・見込

私は、この申込書で希望した神奈川県公立学校教員採用候補者選考試験を受けたいので申し込みます。
また、私は当該試験の実施要項に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記入事項に相違ありません。
(この欄は、自筆で記入してください。)

平成 年 月 日 氏名
(自筆署名) _____

神奈川県内(横浜市、川崎市及び相模原市を除く)の市町村立の小学校、中学校及び特別支援学校並びに神奈川県立の高等学校、中等教育学校及び特別支援学校での臨時的任用職員及び非常勤講師の登録依頼のために、私の個人情報(氏名・住所・電話番号・所有教員免許状等)を提供することについて

同意する ・ 同意しない

※ 「同意する」に○をつけた方には、必要に応じて登録手続きのための連絡をすることがあります。

裏面の記入要領を参照しながら記入してください。