

神奈川県職員採用選考申込書

選考区分
専任教員（第2回）

| | |
|-------------|---|
| ふりがな | 生年月日 |
| 氏名 | 昭和 平成 年 月 日生 |
| 現住所 (〒) | 外国籍 (外国籍の人のみレ点を <input type="checkbox"/> 記入してください。) |
| 電話 () | |
| 携帯電話 () | |

資格・免許

| 名称 | 資格の取得方法 | 取得（見込）年月日 |
|--------|----------------------------|-----------|
| 専任教員資格 | 専任教員養成講習会の修了 教職科目4単位の取得 | 年 月 日 |

- ・私は、神奈川県職員採用選考を受けたいので申し込みます。
- ・私は、当該選考のお知らせに掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書及び別紙履歴書等の記載事項に相違ありません。

(この欄は、本人が自筆で記入してください)

令和 年 月 日

氏名

写真貼付

縦4cm×横3cm
※上半身・脱帽・正
面向きの、本人と
確認できるもの
裏面に氏名を記入

【全ての申込者の方へ】

神奈川県健康医療局での臨時的任用職員（専任教員）の登録依頼のために、私の個人情報（氏名・住所・電話番号等・資格・免許）を提供することについて

同意する ・ 同意しない （どちらかに○をつけてください。）

| | | | | | | |
|------|---|-------|---|---|---|---|
| 整理番号 | * | 受付年月日 | * | 年 | 月 | 日 |
|------|---|-------|---|---|---|---|

*欄には、記載しないでください。