

# 大空町職員採用試験（保健師）受験申込書

※（受験番号）

試験区分	保 健 師		
私は、大空町職員（保健師）採用試験実施要領に掲げる受験資格をすべて満たしています。			
フリガナ		昭和・平成	年 月 日生
氏 名	⑩	満 歳	男 ・ 女
現住所 〒	—	TEL	
（同居先 方）			
合否通知先（上記と異なる場合のみ記入してください。） TEL			
〒	—	TEL	
（同居先 方）			

---

# 大空町職員採用試験（保健師）受験票

※（受験番号）

フリガナ	
氏 名	

**写真添付**

- (1)4cm × 3cm
- (2)申込前6箇月以内に撮影したもの
- (3)正面向き、上半身、脱帽写真

※試験当日にはこの受験票を必ず持参してください。