

令和4年度川口市職員採用試験申込書（令和5年4月1日採用）

(写真欄)

1 申込みの際は必ず写真を貼って下さい

2 写真はタテ4cm×ヨコ3cm、上半身脱帽正面向で3ヶ月以内に撮影したもの

受験職種 (いずれかに○)		受験番号	
栄養士・理学療法士・歯科衛生士		—	
氏名	(ふりがな)	生年月日	昭和 年 月 日生 平成 (令和5年 4月 1日現在 満 歳)
現住所	〒□□□□□□□□ 電話 ()		
連絡先	※上記以外で申込者本人と確実に連絡の取れる電話番号等があれば記入してください。 電話 () 勤務先・実家・その他 () 携帯電話 ()		
送付先	(試験の結果等の通知先が上記と異なる場合に記入) 〒□□□□□□□□		

学歴	学校名	学部・学科	修学年数	所在都道府県	在学期間	区分 (○で囲む)
	(最終)		昼 (1部) 夜 (2部) 年制		年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込 年在学中・中退
	(その前)		昼 (1部) 夜 (2部) 年制		年 月から 年 月まで	卒業 中退
職歴	勤務先 (部・課まで)			所在都道府県	在職期間	職務内容
	(現在)				年 月から 年 月まで	
	(その前)				年 月から 年 月まで	
資格免許	名称・種類	取得年月	交付機関	名称・種類	取得年月	交付機関
		年 月			年 月	
		年 月			年 月	
備考	※身体に障害のある方やけが等で通常の椅子では受験に支障がある方など受験の際に配慮が必要な場合は記入してください。					
	志望の動機					

私は、川口市職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書の記載事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名
.....
(自署のこと)

※太線内の所定欄に、黒インク又は黒のボールペンで、かい書でていねいに記入して下さい。

川口市職員採用試験受験確認票

記入例

- 1 申込みの際は必ず写真を貼ってください
- 2 写真はタテ4cm
ヨコ3cm、上半身
脱帽正面向で3ヶ月
以内に撮影したもの

受験番号	—
職 種	栄養士・理学療法士 歯科衛生士
氏 名	(ふりがな) かわぐち たろう 川口 太郎
生年月日	昭和 10 年 1 月 1 日生 平成

川口市職員採用試験受験確認票

(写真欄)

- 1 申込みの際は必ず写真を貼ってください
- 2 写真はタテ4cm
ヨコ3cm、上半身
脱帽正面向で3ヶ月
以内に撮影したもの

受験番号	—
職 種	栄養士・理学療法士 歯科衛生士
氏 名	(ふりがな) _____
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成

----- 切り取らないで提出してください -----

----- 切り取らないで提出してください -----

川口市職員採用試験受験票

- ◇試験日 令和 4年 8月 20日(土)
- ◇集合時間 13:30
- ◇試験会場 医療センター2階 第2会議室

受験番号	—
職 種	栄養士・理学療法士 歯科衛生士
氏 名	(ふりがな) かわぐち たろう 川口 太郎

受験心得

- 1 試験当日は、筆記用具、消しゴムを持参して下さい。
- 2 試験会場には自家用車では来ないでください。
- 3 試験会場は施設内全面禁煙です。

川口市西新井宿180番地
川口市立医療センター病院総務課職員係
048-287-2525 (内線2215)

川口市職員採用試験受験票

- ◇試験日 令和 4年 8月 20日(土)
- ◇集合時間 13:30
- ◇試験会場 医療センター2階 第2会議室

受験番号	—
職 種	栄養士・理学療法士 歯科衛生士
氏 名	(ふりがな) _____

受験心得

- 1 試験当日は、筆記用具、消しゴムを持参して下さい。
- 2 試験会場には自家用車では来ないでください。
- 3 試験会場は施設内全面禁煙です。

川口市西新井宿180番地
川口市立医療センター病院総務課職員係
048-287-2525 (内線2215)

郵便はがき

郵送申込の
方は、必ず
63円切手を
貼って下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--

(住所)

(同居先)

様方

様

注 様は書き換えないでください。

差出人 〒333-0833
川口市西新井宿180番地
川口市立医療センター病院総務課職員係
電話 048-287-2525 (内線 2215)

郵便はがき

郵送申込の
方は、必ず
63円切手を
貼って下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--

記入例

(住所)

埼玉県川口市大字西新井宿 180

川口市立医療センター

(同居先)

様方

様

川口 太郎

注 様は書き換えないでください。

差出人 〒333-0833
川口市西新井宿180番地
川口市立医療センター病院総務課職員係
電話 048-287-2525 (内線 2215)