

平成31年度 新規職員採用試験

受験申込書(消防職)

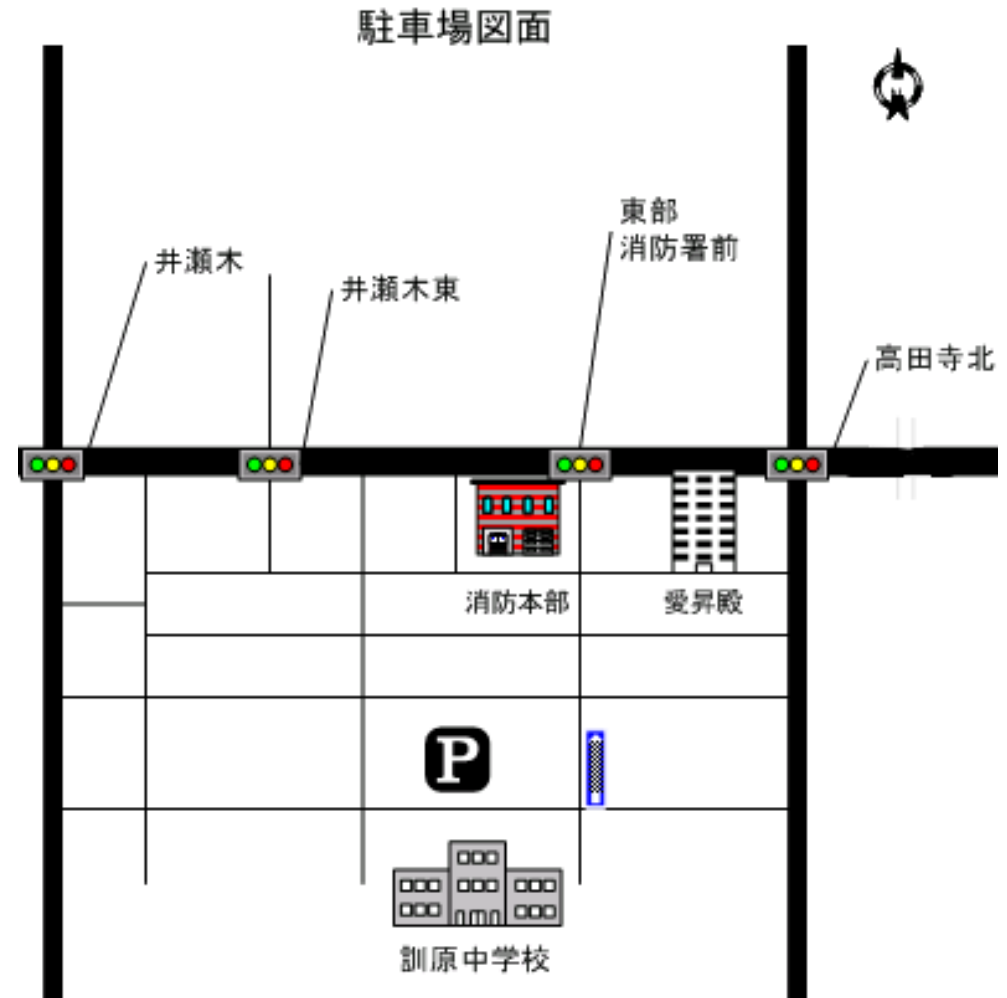
受験番号

※

ふりがな			男 ・ 女	生年月日・年齢	
氏名				年	月
ふりがな			(写 真) 縦4cm×横3cm		
現住所	〒 自宅 TEL () - 携帯 TEL () - メールアドレス(携帯)				
ふりがな					
現住所 以外の 連絡先	〒 TEL () -				
学歴	<input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 高卒				
学 校 歴	年	月	高等学校 卒業 卒業見込		
	年	月			
	年	月			
	年	月			
職 歴	年	月			
	年	月			
免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格 等 の 名 称			

注意 受験番号欄の記入は不要です。該当する□にはレ印を、該当する事項は○で囲んで下さい。
大卒、短大卒の方も高等学校名を記入してください。

受 験 票 (消防職)		受 験 番 号
		※
ふりがな		
氏 名		
試 験 日 時	第 1 次 試 験	平成30年9月16日 (日) (午前9時集合)
	第 2 次 試 験	個人宛に通知する日
試 験 場	西春日井広域事務組合消防本部 (北名古屋市井瀬木狭場15番地)	
※ 受験のときは、必ず本票を持参してください。 ※ 受験日の前日に、必ず当組合のホームページで詳細事項の確認をお願いします。 http://www.nishikasugai-syobo.jp/		



健康診断書

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生 (歳)

身	長	c m				体	重				K g			
視力	裸眼	右	矯 正			右	聴 力			右				
		左				左				左				
血	圧	最大	mmHg		最小	mmHg		血液型	A B O 型		R H 型			
検	尿	蛋白			糖			ウロビリノーゲン						
胸部 (X線) 所見						既 往 歴								
心電図検査所見						そ の 他								
特記事項														
<p>上記のとおり検査しました。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 名 称 所 在 地 医 師 名</p>														

