

検定・資格・免許	名	称	取得年月日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日
			昭・平 年 月 日

今までの全ての職歴を古い順に記入してください。自営業を含みます。(職歴がない場合は斜線を引いてください。)					
職歴	在職期間	勤務先(職業)	所在地	仕事内容	退職理由
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		
	昭・平 年 月～ 昭・平 年 月		都道府県 市区町村		

両親等の住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所欄と同じ (住所記入不要)	<input type="checkbox"/> 表面の住所欄と異なる 〒	電話番号

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 (印)

受験票

受験番号	この欄には記入しないでください。
試験区分	
氏名	

鶴岡市 総務部 職員課
〒997-8601 鶴岡市馬場町9番25号
電話番号 0235-25-2111

写真

次のような写真を裏面全体にのりをつけてはってください。

- ・申込前6か月以内撮影
- ・脱帽、上半身、正面向
- ・縦5.5cm、横4cm
- ・カラー

平成
年
月
日
撮影

試験日時	平成30年 7月22日(日) 受付開始 午前9時20分／説明開始 午前9時45分		
試験会場	<input type="checkbox"/> 鶴岡会場 (鶴岡市勤労者会館)	鶴岡市泉町8-57	0235-25-2548
	<input type="checkbox"/> 東京会場 (タワーホール船堀)	江戸川区船堀4-1-1	03-5676-2211
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院	鶴岡市泉町4-20	0235-26-5111

- 1 試験当日は、説明開始時刻まで着席できるよう余裕をもっておいでください。
- 2 受験票、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴムを持ってきてください。
- 3 昼食は、弁当を持って来るなど各自で用意してください。
- 4 「鶴岡市立荘内病院」は、建物及び敷地内が禁煙です。
- 5 自家用車で来られる場合、「鶴岡市勤労者会館」は勤労者会館駐車場又は鶴岡公園東駐車場、「鶴岡市立荘内病院」は病院駐車場をご利用ください。
- 6 「タワーホール船堀」には公共交通機関をご利用ください。自家用車で駐車施設を利用した場合の料金は利用者をご負担ください。