

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

職歴	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。)				
	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	平成 年 月 日 撮 影
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。	
<ul style="list-style-type: none">・ 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	

試験日時	平成30年 9月16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"/> 鶴岡市総合保健福祉センターにこ・ふる	鶴岡市泉町5-30	0235-25-2111
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院	鶴岡市泉町4-20	0235-26-5111
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市消防本部	鶴岡市美咲町36-1	0235-22-8330

- 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 建物内及び敷地内は禁煙です。昼食が必要な場合は各自で用意してください。
- 4 自家用車を利用する場合は、「鶴岡市総合保健福祉センター にこ・ふる」はセンター駐車場若しくは鶴岡公園東駐車場、「鶴岡市立荘内病院」は病院駐車場、「鶴岡市消防本部」は消防本部駐車場をご利用ください。
- 5 消防士を受験される方は体力検査がありますので、運動着、運動靴、着替えを準備してください。