

小国町職員採用試験受験申込書

試験区分 (○で囲む)	上級行政 ・ 薬剤師 看護師 ・ 介護支援専門員		
※受験番号			
ふりがな		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
氏名			
住所 (〒) (Tel)			
試験結果等連絡先 (〒) (Tel)			
Mail Address (必須)			

写 真 欄

次のような写真をその裏面全体にのりをつけて貼ってください。

- ・ 申込前3カ月以内撮影
- ・ 脱帽、上半身、正面向

学 歴	学校（養成機関）名	学 部	学 科	期 間	卒・卒業見込等
	(現在・最終)			年 月 年 月	卒・卒見込
(その前)			年 月 年 月	卒・中退	
職 歴	勤 務 先	職務内容	所 在 地	期 間	
	(現在・最終)			年 月 年 月	
(その前)				年 月 年 月	

受 験 に 関 係 あ る 資 格		
名 称	登 録 番 号	取 得 年 月 日

私は、地方公務員法第16条のいずれにも該当しておりません。
また、申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自筆）

印

- (注) 1 卒・卒見込欄は○で囲んでください。
2 ※欄は記入しないでください。
3 受験に関することで、特殊な事情がある場合は裏面に記入してください。
4 受験に係る資格について取得見込みの場合は、取得年月日欄に「年 月取得見込み」と記載して下さい。

受 験 票

試験区分	
※受験番号	
ふりがな	
氏名	

写 真 欄

次のような写真をその裏面全体にのりをつけて貼ってください。

- ・ 申込前3カ月以内撮影
- ・ 脱帽、上半身、正面向
- ・ 縦6cm×横4cm

◎ 1次試験日及び会場

【上級行政・介護支援専門員】

<SPI-3> 令和8年6月5日（金）～16日（火）

（時間） サーバーメンテナンス時間を除き、受験可能です。

◎サーバーメンテナンス時間

月～土曜 午前5時～午前8時
日曜 午前4時～午前8時

【看護師・薬剤師】

日程 令和8年6月21日（日）

場所 小国町役場

小国町役場 総務企画課

〒999-1363 小国町大字小国小坂町二丁目70番地
電話 0238-62-2112

◎ 注 意 事 項 ◎

- 1 試験当日は、本票（受験票）を必ず持参してください。
本票を持参しなかった場合受験できません。
- 2 当日は本票のほか筆記用具（HBの鉛筆、消しゴム）を持参してください。
- 3 ゴミは各自持ち帰ってください。
- 4 時計を持参する場合は、計時機能だけのものに限ります。
- 5 受験票を紛失した場合は、直ちに申し出てください。

（申込み際はここを切り離さないでください。）

通 信 欄

A large empty rectangular box with a solid black border, intended for communication or notes. The text '通信欄' is positioned at the top center of the box.