

熊本県農業共済組合獣医師採用申込書

※受験番号				
ふりがな				
氏名				
昭和 平成 年 月 日生 満 歳 男・女				
現住所(アパート・寮等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入してください。)				
〒 -		(TEL) 自宅: 携帯:		
緊急連絡先(帰省地など、現住所以外での連絡を希望する場合は記入してください。)				
〒 -		(TEL)		
メールアドレス(一次試験の案内をメールで行いますので、必ず記入してください。)				
@				
学歴	在 学 年 月	学 校 名 (高等学校から記入)	学 部 学 科	卒 ・ 在 学 等 の 別
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			卒 ・ 卒業見込 ・ ()
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			卒 ・ 卒業見込 ・ ()
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			卒 ・ 卒業見込 ・ ()
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			卒 ・ 卒業見込 ・ ()
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			卒 ・ 卒業見込 ・ ()
職歴	在 職 年 月	会 社 名		
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			
	平・令 年 月から 平・令 年 月まで			
検 定 ・ 資 格 ・ 免 許 等				
名 称 (種別)		取得年月日	交付機関	

写 真

(1) 写真は申込み前3か月以内に帽子をつけないで正面上半身を撮影した縦4cm、横3cmのもので、本人と確認できる必要があります。
(2) 写真の裏面には氏名を書いてください。

所属研究室等	研究室名 :	指導教官 :	
他団体等 受験予定の 有無	有	受験予定先 :	
	無		
臨床実習等の 有無と実習先	有 無	実 習 先	期 間
		①	
		②	
		③	
		④	
志望動機			
自己紹介			
得意な科目 及び 研究課題			特 技 格
性 格			趣 味

- 記入心得
- ※印欄を除くすべての欄を黒か青のボールペンで記入してください。
 - 該当する事項は、○で囲んでください。
 - 記載事項に不正がある場合、職員として採用される資格を失うことがあります。

- 次のいずれかに該当する方は受験できません。
- 日本国籍を有しない者
 - 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
 - 会社、官公庁などで懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
 - 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者