

資格等	取得年月日	資格等の名称
特技・趣味		
志望の動機		

健康課 使用欄	*
------------	---

西東京市

(注) *印欄は、記入しないでください。

令和3年度西東京市会計年度任用職員採用試験
申 込 書

令和 年 月 日

職 名		受 験 番 号	
母子保健コーディネーター		*	
ふりがな			性別
氏 名	(姓)	(名)	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生		
現住所	(〒 -) 都 道 府 県 (方)		
	電話 () - 呼び出し (方)		
連絡先	電話 () - 呼び出し (方) (現住所以外で、連絡が確実に伝わる場所があれば、記入してください。携帯電話でも可能です。)		
最終学歴	学 校 名	学 部 (研究科) 名	学 科 (専攻・課程) 名
	昭和 年 月 日 平成 令和		卒業 卒業見込み 修了 中退
勤 務 先 (現在、就職している方)	名 称		
	在 職 年 数	年 月 (申込日現在)	
併 願 先 (西東京市会計年度任用職員の他の職を受験する場合)		西東京市での勤務状況(申込日現在)	
所管課	職員番号		所属課
職名		職名	

(注) 1 *印欄は、記入しないでください。

2 記入は、黒インク又は油性ボールペンを使用してください。

**令和3年度西東京市会計年度任用職員採用試験
受 験 票**

職 名	受 験 番 号
母子保健コーディネーター	* B -

ふりがな		
氏 名	(姓)	(名)
生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日 生

1 面接試験の日時・場所

- (1) 日 時 令和3年2月 日 ()
- (2) 集合時間 午前・午後 時 分
- (3) 集合場所 西東京市保谷保健福祉総合センター 3階
- (4) 持ち物 受験票

2 注意事項

- (1) 面接試験の際、この受験票を必ず持参してください。
- (2) 係員の指示に従ってください。
- (3) 車での来場はご遠慮ください。

(注) *印欄は、記入しないでください。