

# 令和2年度西東京市会計年度任用職員採用試験

## 申込書兼履歴書

令和 年 月 日現在

写真  
上半身・脱帽  
正面向  
たてよこ  
(4cm×3cm)

受験番号		職名	
*		歯科衛生業務補助員	
ふりがな			性別
氏名	(姓)	(名)	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)		

ふりがな		電話番号
現住所	(〒 - )	(自宅) - - (携帯) - -
ふりがな		電話番号
連絡先	(〒 - )	- -

(連絡先欄は現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。)

併願先 (西東京市会計年度任用職員以外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
最終学歴	学校名	学部(研究科)名	学科(専攻・課程)名
	昭和 平成 令和	年 月 日	卒業 卒業見込み 修了 中退

職 歴	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
資 格 等	取得年月日	資 格 等 の 名 称
特技・趣味		
志望の動機		
<p><b>PCスキル</b>(該当する項目に☑してください。複数回答可。)</p> <p>・ワード  <input type="checkbox"/>経験なし   <input type="checkbox"/>文章作成可   <input type="checkbox"/>差し込み印刷可   <input type="checkbox"/>表作成可</p> <p>・エクセル  <input type="checkbox"/>経験なし   <input type="checkbox"/>文字・数値の入力可   <input type="checkbox"/>表作成可   <input type="checkbox"/>基本的な関数(合計、平均等)使用可</p>		

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2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
歯科衛生業務補助員	*

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2年2月 日 ( )  
(2) 集合時間 午前・午後 時 分  
(3) 集合場所 西東京市役所 保谷保健福祉総合センター 階 \_\_\_\_\_ 室  
(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。