

平成27年度 島根県立盲学校理療科教員採用候補者選考試験願書

ふりがな		性別		生年 月日	昭和・平成 年 月 日生 ()歳 平成27年4月1日現在
氏名					
住所	現住所	〒	—		<p align="center">写 真</p> <p>・平成26年6月以降に正面から上半身を撮影したカラー写真を(裏面に名前を記すこと)貼付すること。 (縦4.5cm×横3.5cm)</p> <p>・これと同じ写真を、送付された受験票にも貼付すること。</p>
	TEL 自宅・携帯	—	—		
住所	現住所以外の連絡先	〒	—		
	TEL 自宅・携帯	—	—		
最終 学歴	学 校 名	学 部 ・ 課 程 ・ 学 科 ・ 専 攻		在学期間	区 分
				年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 修了・修了見込
資格・免許	名 称	授与年月日		授与権者	
職 歴	在職期間	勤務先等 (教員の場合は職名及び正式採用・臨時採用の区別も記入)			
出願の動機					
自己アピール	*あなたの個性や長所、これまでに努力してきたことを積極的に文章表記してください。				
趣味・特技				車椅子の使用、点字による受験等の希望があれば、○をつけること	
				選考結果の情報提供の希望があれば、○をつけること	
上記の記載は真実かつ正確であることを誓います。					
平成 年 月 日 出願者 氏 名(自署)					

