医科・歯科幹部自衛官　技術海上幹部・技術海曹
医科・歯科・薬剤科幹部候補生　技術航空幹部・技術空曹　**志願票**
陸上自衛官（看護）　（応募種目を○で囲む）

ふりがな 氏名	男 女	写真 (1) 次のような写真を、その裏面に氏名及び募集種目を記入し、剥がれないように貼ってください。 ・申込前６か月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向き ・縦４㎝、横３㎝程度 ・本人と確認できるもの (2) 写真を貼っていない場合、又は不鮮明その他受験写真として適当でない場合は受理しません。 (3) 受験票と同一の写真を添付してください。 年　月撮影	受付：地方協力本部／受験番号／年月日 指定試験場：1次／2次
生年月日	年　月　日 （募集要項で示す期日現在）　満　歳		
職業			

志願区分	陸・海・空 ｜ 医科・歯科・薬剤科 それぞれいずれかを○で囲む	希望試験場	（１次） （２次）
部門・職域		特技資格免許	
衛生履歴	免許番号：年月日／番号 国家試験：実施回数／年月日	資格検定	合格年度／種類

現住所（マンション、アパート名まで記入）	郵便番号 〒　－ ふりがな 住所 電話番号（携帯可）（　）　－ メールアドレス（連絡希望者）
家族等連絡先	ふりがな 氏名 続柄 郵便番号 〒　－ ふりがな 住所 電話番号（携帯可）（　）　－

学歴

学校名	部科名	所在地（市町村名まで記入）	在学期間等（右欄は○で囲む。）
			年　月～　年　月　卒業・卒業見込・中退
			年　月～　年　月　卒業・卒業見込・中退
			年　月～　年　月　卒業・卒業見込・中退
			年　月～　年　月　卒業・卒業見込・中退
			年　月～　年　月　卒業・卒業見込・中退

職歴（古い順に、自家営業及び自衛隊歴を含み記入）

勤務先（部課まで）	職務内容	所在地（市町村名まで記入）	在職期間
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月

過去の自衛官等の受験

有・無	募集種目	年　月
有の場合		．

自衛隊員（予備自衛官、即応予備自衛官、予備自衛官補及び退職者を含む。）**記入欄**

現職・予備自衛官・即応予備自衛官・予備自衛官補（○で囲む）				退職			
所属	駐屯地等	階級（級）	認（個）番	年　月	最終所属	階級（級）	認（個）番
				．			

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿採用試験を受験したいので、申し込みます。
私は、日本国籍を有しており、自衛隊法第38条第１項各号のいずれにも該当しておりません。
また、この志願票の記載事項は事実に相違ありません。

年　月　日　氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿

注：記入上の注意
1　青又は黒インク（ボールペン可）で本人が楷書ではっきりと記入してください。
2　右上の二重線内の「受付・指定試験場」欄には記入しないでください。
3　記入欄が足りないときは、適宜の用紙をつけて記入してください。
4　記入事項に不正があると採用を取り消されることがあります。
5　志願票に記載した内容は、自衛官等の募集以外の目的では使用することはありません。

㊎ １７０６４０（31.4.改）　中業支印刷補給部製