

医科・歯科幹部自衛官
医科・歯科・薬剤科幹部候補生
陸上自衛官（看護）

キャリア採用幹部
技術陸曹、技術海曹、技術空曹

志願票

(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4cm、横3cm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。	受 付	地方協力本部					
	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (募集要項で示す期日現在) 満 歳	令和 年 月 撮影			受験番号					
職業			希望試験場	(1次)	年 月 日					
志願区分	陸・海・空 医科・歯科・薬剤科 それぞれいづれかを○で囲む		希望試験場	(2次)	1 次					
部門・職域			特 技 資格免許		2 次					
衛生履歴	免許 番号	年月日 番号	資格検定	合格 年度						
	国家 試験	実施回数 年月日		種類						
現住所	郵便番号 〒 - マンション、 アパート名 まで記入		メールアドレス (連絡希望者)							
家族等連絡先	ふりがな 氏名		郵便番号 〒 - ふりがな 住所							
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			
		高等学校卒業程度認定試験		年 月	合格・合格見込					
職 歴	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				
古い順に、 自家営業及 び自衛隊歴 を含み記入										
過去の自衛官等の受験		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								
有 ・ 無		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						
有 の 場 合	募集種目	年 月	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と相違ありません。 令和 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。

出張所等	
広報官等氏階級	