

別記様式（第3条関係）

会計年度任用職員採用試験申請書【保健福祉課事務補助】

顔写真貼付

- ・6カ月以内に撮影
- ・脱帽、正面向、上半身
- ・サイズ
- ・縦5cm×横4cm以下

※受付印

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
現住所	都・道 府・県 郡・市 区・町・村
	電話番号(携帯電話可)

応募部署

雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 会計年度任用職員（フルタイム）	応募部署	<input checked="" type="checkbox"/> 保健福祉部保健福祉課
	<input type="checkbox"/> 会計年度任用職員（パートタイム）		<input type="checkbox"/>

学歴（中学校から順に最終学歴まで記入してください）

学校名	学部・学科名	修業年限	修学期間	区分
中学校	/	3 年制	年 月から 年 月まで	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業
		年制	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業(卒業見込) <input type="checkbox"/> 中退(____年次)
		年制	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業(卒業見込) <input type="checkbox"/> 中退(____年次)
		年制	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業(卒業見込) <input type="checkbox"/> 中退(____年次)
		年制	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業(卒業見込) <input type="checkbox"/> 中退(____年次)

職歴(項目が足りない場合、別葉でも可)

勤務所の名称	職務内容	在職期間

資格免許		
資格・免許の名称	取得(見込)年月日	区分
	年 月 日	取得・取得見込

賞罰(ない場合は「なし」と記入してください)	
年 月 日	
年 月 日	

志望する理由

自己PR(趣味・特技・性格等)

健康状態(既往歴があれば記載してください)

通勤方法(通勤時間はおおよその時間を記載してください)		
<input type="checkbox"/> 徒歩又は自転車 <input type="checkbox"/> バス(      ~      )	通勤時間	分
<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> JR(      駅~      駅)		

**【記載上の注意】**

- 1 黒のインク・ボールペンで記載してください（フリクションペン・鉛筆等不可）。
- 2 記入事項に虚偽の内容があった場合、応募自体を無効とすることがあります。  
また、採用後であっても失職する場合があります。
- 3 採用結果にかかわらず、本申請書は返却しませんので御了承ください。