新城市会計年度任用職員申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 希望する職種を１つ選び、□の中に✔印を記入 | * 事務職　　　　　　　□　看護師

☑　介護認定調査員　　　□　栄養士* 保健師
 |  | 写　　真(縦4㎝×横3㎝)３か月以内に撮影したもの上半身･脱帽･正面 |
| ふりがな |  | ※性別　 |
| 氏名 | （生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日　満　　歳） |  |
| 令和　　年　　月撮影 |
| 現住所 | 〒 | 電話番号 |
| ※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。 |
| 学　歴 | 入　　学 | 卒　　業 | 学校名・学部・専攻等 | 区　分 |
| 　　年　　月 | 　　年　　月 | 高等学校　　　　　　　科 | 卒業・中退 |
| 　　年　　月 | 　　年　　月 |  | 卒業・中退 |
| 　　年　　月 | 　　年　　月 |  | 卒業・中退 |
| 資格、免許等 | 取得年月日（見込みを含む） | 資格、免許等の名称 | 区　分 |
| 　　　年　　月　　日 | 普通自動車運転免許 | 有・無・見込み |
| 　　　年　　月　　日 |  | 取得・見込み |
| 　　　年　　月　　日 |  | 取得・見込み |
| 　　　年　　月　　日 |  | 取得・見込み |
| 職　歴 | 勤務先名称 | 具体的な職種、職務内容、役職等 | 在職期間 | 雇用形態(該当に✔) |
|  |  | 自 　　　　年　　月 至 　　　　年　　月 (計　　　　年　　月) | □正規□派遣□その他 |
|  |  | 自 　　　　年　　月 至 　　　　年　　月 (計　　　　年　　月) | □正規□派遣□その他 |
|  |  | 自 　　　　年　　月 至 　　　　年　　月 (計　　　　年　　月) | □正規□派遣□その他 |
|  |  | 自 　　　　年　　月 至 　　　　年　　月 (計　　　　年　　月) | □正規□派遣□その他 |
| 上記在職期間のうち育児休業や休職の期間 | のため 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（計　　年　　月） |
| のため 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（計　　年　　月） |

私は、新城市会計年度任用職員に申し込みます。

なお、私は、地方公務員法第１６条に規定する欠格条項に該当しません。また、この申込書に記入した事項は、事実と相違ありません。

（自筆で記入）

令和　　年　　月　　日　　　　氏　名