

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	<input type="checkbox"/> 事務職 <input checked="" type="checkbox"/> 介護認定調査員 <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士	写 真 (縦4cm×横3 cm) 3か月以内に撮影したもの 上半身・脱帽・正面 令和 年 月 撮影
ふりがな			※性別	
氏 名	(生年月日 昭和・平成 年 月 日 満 歳)			
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)	<input type="checkbox"/> 正 規 <input type="checkbox"/> 派 遣 <input type="checkbox"/> そ の 他
			自 年 月 至 年 月 (計 年 月)	<input type="checkbox"/> 正 規 <input type="checkbox"/> 派 遣 <input type="checkbox"/> そ の 他
			自 年 月 至 年 月 (計 年 月)	<input type="checkbox"/> 正 規 <input type="checkbox"/> 派 遣 <input type="checkbox"/> そ の 他
			自 年 月 至 年 月 (計 年 月)	<input type="checkbox"/> 正 規 <input type="checkbox"/> 派 遣 <input type="checkbox"/> 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