

大阪市福祉局保護課会計年度任用職員採用申込書

(年 月 日現在)

写真 (4cm×3cm) 半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に撮影したもの	職 種	※	受験番号	※	—
	ふりがな				性 別
	氏 名				男・女
	生 年 月 日	年 月 日生 満 歳			
ふりがな					
現 住 所	() 様方				
郵便番号	—	電話	呼出 () 様方		

学歴（中学校または小学校の場合は、「中学校」または「小学校」とのみ記入し、具体的な校名は必要ありません。）

在 学 期 間			学 校 名 (学 部・学 科 名)
年	月	から	
年	月	まで	
年	月	から	
年	月	まで	
年	月	から	
年	月	まで	
年	月	から	
年	月	まで	
年	月	から	
年	月	まで	

職 歴 (古いものから順に記入してください。ただし、ない場合は「なし」と記入のこと。)

※ 在職中の勤務先については、右の「現職」の欄に“○”を記入してください。

[illegible]

資 格 免 許（古いものから順に記入してください。ただし、ない場合は「なし」と記入のこと。）

取得日	資 格 免 許 名
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

志望職種（応募する職種の番号を1つ“○”印でかこんでください。**重複申込不可。**）

1	被保護高齢者世帯訪問調査等担当職員
2	被保護高齢者世帯支援プログラム担当職員
3	生活保護事務担当職員
4	生活保護業務資産・扶養調査等担当職員
5	生活保護監査等推進（医療事務）担当職員
6	年金裁定請求支援・受給資格点検強化事業担当職員
7	生活保護監査等推進担当職員
8	生活保護医療適正受診推進担当職員
9	生活保護適正化推進担当職員
10	介護扶助事務支援担当職員
11	生活保護歯科・施術給付適正運営事業担当職員
（歯科もしくは施術のどちらか希望する職種を1つ“○”印でかこんでください）	
12	精神障がい者等地域移行支援担当職員
13	中国残留邦人等支援給付相談等担当職員

志望動機

<記入上の注意>

- ・手書きの場合は、黒インクまたは黒ボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
- ・※印の欄は、記入しないでください。
- ・性別は“○”印でかこんでください。
- ・現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。
- ・職歴などで記入欄が不足する場合は採用申込書の2枚目を作成してください。