業務内容

【A】地域福祉・障がい者福祉担当業務における事務補助

【B】介護保険・高齢者福祉担当業務における事務補助

※ 上記いずれかに「〇」を記載してください。(複数記入可)

福島区役所保健福祉課会計年度任用職員(日額)申込書

(令和 年 月 日現在)

写 真	į	受具	験	番 号	※区にて訂	己入						
(4cm×3cm)		ふ		がな								
半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内		氏		名								
に撮影したもの		生生	年	月日			年	月		日生	満	歳
ふりがな												
現住所一												
							()様方
郵便番号		-	_		電話		(日	中に連絡な	が取れる	る電話番号	を記入して	[ください。)

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	

職 歴 (新しいものから順にすべて記入し、枠が足りない場合は別紙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 期	間	勤	務	先	名	
年 年	月から 月まで					
年 年	月から 月まで					
年 年	月から 月まで					
年 年	月から 月まで					
年年	月から 月まで					
年 年	月から 月まで					

福島区役所保健福祉課会計年度任用職員(日額) 申込書 資格免許 (取得見込の場合は「見込み」と記入してください。)

取得日			資格免許名
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
年	月	日	
通勤時間			最寄り駅(交通機関名・駅)
I met I			
趣味			
自己PR			
志望動機			

<記入上の注意>

- ○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。
- ○現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。