

業務内容	【A】 地域福祉・障がい者福祉担当業務にかかる事務補助
	【B】 介護保険・高齢者福祉担当業務にかかる事務補助

※ 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  (4cm×3cm)  半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内 に撮影したもの	受 験 番 号	※区にて記入
	ふ り が な	
	氏 名	
生 年 月 日	年 月 日	生 滿 歳
ふ り が な		
現 住 所	( ) 様方	
郵 便 番 号	—	電話
(日中に連絡が取れ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。)

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)	
------	--	---------------	--

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。