

大阪市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 (いずれか1つに○)		①各種健康診査及び予防接種等業務		②H I V等検査業務
			③訪問指導業務		④幼児歯科健康診査等業務
			⑤訪問口腔衛生指導業務		⑥訪問栄養指導業務
	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

在学期間	学校名 (学部・学科名)
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 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。)

在職期間	勤務先名
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	

大阪市健康局会計年度任用職員採用申込書

(年 月 日現在)

取得日	資 格 免 許 名
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	

志 望 職 種 ： 応募される職種のいずれか1つにチェックをしてください。

☐ 【区分①】 各種健康診査及び予防接種等業務

☐ 【区分②】 HIV等検査業務

☐ 【区分③】 訪問指導業務

☐ 【区分④】 幼児歯科健康診査等業務

☐ 【区分⑤】 訪問口腔衛生指導業務

☐ 【区分⑥】 訪問栄養指導業務

志 望 動 機

備 考

< 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。
- 性別・元号は○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。
- 学歴・職歴・資格免許名欄が足りない場合は、別紙を添付してください。