

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保健福祉事業に携わる看護師(連絡調整)	
			②保健福祉事業に関する事務の補助業務	
	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】 保健福祉事業に携わる看護師(連絡調整)
- ☐ 【区分②】 保健福祉事業に関する事務の補助業務

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。