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保健師（統括）
			②保健福祉事業に携わる看護師（実地指導）
	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	
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保健師（統括）
□【区分②】保健福祉事業に携わる看護師（実地指導）

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。