

大阪市此花区こどもサポート推進員(会計年度任用職員)採用申込書

(令和 年 月 日現在)

写 真 (4 cm× 3 cm) 半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に 撮影したもの	受験資格 (裏面参照)	○をつけてください 1・2・3・4・5・6	受験番号	*記入しないでくだ さい
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生		
フリガナ				
現住所 (連絡先)	郵便番号 (—)			
電話番号	(日中、連絡がとれる電話) — —			

学歴(直近順に記入) ※高等学校以降について、卒業等がわかるように記入してください。

期 間	学 校 名(学部学科等まで記入)
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	

職歴(直近順に記入)

期 間	勤 務 先 名(職種についても記載)
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	

◎申込者本人がすべて自筆で記入してください。

児童や家庭に関する相談支援等の業務経験の有無（職歴欄の再掲）

相談業務等の経験： 有 無 （いずれかに○）	勤務先 :
具体的内容：	

資格・免許（取得見込みの場合は「見込み」と記入してください。）

取 得 日	資 格 名・免 許 名
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	

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、楷書で丁寧に記入してください。
- ・ 受験資格の欄は、次の中から該当するものを選択し、1つに○を付けてください。
（受験資格を証明する書類を後日提出していただきます。）
 - 1 社会福祉士または精神保健福祉士の資格を有する者
 - 2 社会福祉主事として、2年以上の福祉事業等に従事した者
 - 3 自治体において、福祉関係業務または市民活動関係業務について2年以上の従事経験を有する者、もしくは同等の経験を有する者
 - 4 教育職員免許状を有し、2年以上の実務経験を有する者（講師等を含む）
 - 5 児童養護施設や母子支援施設等の社会的養護施設において、2年以上の相談支援業務に従事した者
 - 6 前各号に準ずる者
- ・ *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。
- ・ 電話番号欄は、平日昼間に連絡がとれる番号を記入してください。

この申込書に記載された個人情報は、大阪市此花区こどもサポート推進員（会計年度職員）の任用候補者登録に関して使用するものであり、それ以外の目的には使用しません。