

大阪市此花区利用者支援専門員(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 ア・イ・ウ・エ	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。

相談及びコーディネート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。）

ア 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学又は旧大学令（大正7年勅令第388号）に基づく大学において、児童福祉、社会福祉、児童学、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者

イ 社会福祉士

ウ 4年以上社会福祉に関する業務に従事した者

エ 上記アからウに準ずる者であって、利用者支援専門員として必要な知識経験を有する者

- ・ *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、大阪市此花区利用者支援専門員(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。