

大阪市此花区役所保健福祉課（子育て教育）会計年度任用職員
（児童虐待予防事業専門相談員）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・オ	受験番号	*記入しないでくだ さい
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	昭・平 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・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（直近順に記入）

期 間	勤 務 先 名(職種についても記載)
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	

◎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・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 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）に基づく大学において、児童福祉、社会福祉、児童学、心理学、教育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 医師
- ウ 社会福祉士
- エ 社会福祉主事として、2年以上児童福祉事業に従事した者
- オ 上記ア～エに準ずる者であって、児童虐待の予防に関する相談員として必要な学識と経験を有する者
- ・ ＊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、大阪市此花区役所保健福祉課（子育て教育）会計年度任用職員（児童虐待予防事業専門相談員）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。