

大阪市都島区役所後期高齢者医療及び国民  
健康保険関係窓口等事務会計年度任用職員採用申込書

(令和 年 月 日現在)

<b>写 真</b> <small>(4cm×3cm)</small> <small>上半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内 に撮影したもの</small>	職 種			受験番号	—
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	昭 平	年	月	日
ふりがな					
現 住 所					
	( ) 様方				
郵便番号	—	電話	呼出 ( ) 様方		

**学歴** (古いものから順に記入してください。中学校または小学校の場合は、「中学校」または「小学校」とのみ記入し、具体的な校名は必要ありません。)

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	勤務先名及び従事業務内容	
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		

## 資格免許

取得日	資 格 免 許 名
昭・平・令 年 月	

国民健康保険業務経験や自治体窓口における従事経験。または同等の経験を有する場合はその期間と内容があれば記載してください。

## 志望動機

採用にあたって配慮など必要な事項があれば記入してください

### <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。
- ※印の欄は、記入しないでください。
- 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。