

大阪市西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 (4cm×3cm) 上半身・正面・無帽 過去3ヶ月以内 に撮影したもの	職 種	※	受験番号	※	—
	ふりがな				性 別
	氏 名				男 ・ 女
	生 年 月 日	年	月	日	生 滿 歳
ふりがな					
現 住 所	() 様方				
郵 便 番 号	—	電話	(日中に連絡が取れる電話番号を記入すること)		

勤 務 条 件 ※希望順位欄に希望順位を記入してください（第1希望のみでも可）

希望順位欄	勤務時間・日数		
	A勤務	午前9時から午後5時15分（休憩45分）	週4日30時間
	B勤務	午前9時15分から午後5時30分（休憩45分）	週4日30時間

学 歴・職 歴 (学歴は最終学歴のみとし、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 学・在 職 期 間	学 校 名 (学部・学科名) ・ 勤 务 先 名
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	卒・卒見込
昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	

裏面につづく

大阪市西区こどもサポート推進員会計年度任用職員採用申込書

応 募 資 格 ※該当する要件のチェック欄すべてに○印を記入してください

チェック欄	要 件	
	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生活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	前各号に準ずるもの

取得日	資 格 免 許 名
昭・平・令 年 月	

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。
- 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。