

西区保健福祉センターにおける保健関係窓口等業務
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 満 歳			
ふ り が な					
現 住 所					
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)		

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。)

[illegible]

裏面につづく

西区保健福祉センターにおける保健関係窓口等業務
会計年度任用職員採用申込書

取得日	資 格 免 許 名
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	

子育て支援業務の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

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。