

西成区保健福祉センターにおけるレントゲン撮影等の
業務を行う会計年度任用職員採用申込書

(年 月 日現在)

写 真 (4cm×3cm) 上半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に撮影したもの	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	()様方			
郵便番号	—	電話	呼出()様方	

学 歴 (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)
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 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
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	
年 月から 年 月まで	

資格免許（取得見込の場合は「見込み」と記入してください。）

取得日	資格免許名
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

現に有する在留資格（日本国籍を有しない方のみ記入してください）

永住者・特別永住者 ・ その他（ ）

特 技
趣 味

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、かい書で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。