

大阪市西成区役所保健福祉課(福祉担当) 臨時的任用職員採用試験申込書

(令和 年 月 日現在)

<p>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</p>	職 種	事務職	受 驗 番 号	※
	ふりがな			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月 (満)

現住所 (必ず電話番号まで記入してください。住所は、番地まで詳細に、マンション等の場合は○○号室まで記入してください。)

ふりがな			
住 所	郵便番号(- - -) ()様方		
電 話 番 号 (緊急連絡先)	自 宅	—	—
	携帯電話	—	—

歴歴 (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」と記入してください。)

学歴 (高等学校を卒業した後のすべての学歴について、中退・卒業の別なく記入してください。)

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	

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	資格免許名
昭・平・令 年 月	

日本国籍の確認 (該当する場合は○でかこんでください。)

日本国籍を有している

志望動機

（志望動機欄は必ず記入してください。）

<記入上の注意>

- 様式は勝手に変更しないでください。
- ※印の欄は、記入しないでください。
- 元号は○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。
- 職歴など記入欄が足りない場合は適宜用紙を追加し添付してください。