

大阪市会計年度任用職員採用申込書

西淀川区役所保健福祉課（こども福祉）（ 年 月 日現在）

写真 (4cm×3cm) 半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に撮影したもの			
	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	一	電話	※日中に連絡の取れる連絡先を記入して下さい。
			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	