

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 こども福祉担当業務補助作業に従事する会計年度任用職員)

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	—	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 (主な職歴を新しいものから順にご記入ください。該当がない場合は『なし』とご記入ください。)

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	