



母子保健・児童福祉関係業務経験の有無(職歴欄の再掲)

業務経験： 有 ・ 無 (いずれかに○)	勤務先：
具体的内容： ..... ..... ..... .....	

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 名・免 許 名
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

日本国籍の確認

子育て支援室 福祉職員：	日本国籍を有している
--------------	------------

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、かい書で丁寧に記入してください。(消すことができるペンや鉛筆は不可)
- ・ \*印の欄は、記入しないでください。
- ・ 現住所欄は郵便物が届くよう正確に記入してください。
- ・ 電話番号欄は、平日昼間に連絡がとれる番号を記入してください。

この申込書に記載された個人情報は、住之江区役所保健福祉課(子育て支援室)産休代替臨時的任用職員及び育休任期付職員(福祉職員)の任用選考のために使用するものであり、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理します。