

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代替臨時的任用職員(福祉職員)任用試験受験申込書

(令和 年 月 日現在)

写 真 (4 cm×3 cm) 上半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に 撮影したもの	職 種	福祉職員	受験番号	*記入しないでください
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生	満 歳	
フリガナ				
現住所 (連絡先)	郵便番号 (—)			
電話番号	(日中、連絡がとれる電話) — —			

学歴 ※高等学校以降について、卒業等がわかるように記入してください。

期 間	学 校 名(学部学科等まで記入)
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 (古い順に記入)

期 間	勤 務 先 名 (職種についても記載)
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	
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	

◎申込者本人がすべて自筆で記入してください。

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代替臨時的任用職員（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。