

会計年度任用職員選考試験受験申込書
(住吉区役所 就学前児童サポート推進員 業務)

(令和 年 月 日現在)

写 真 (4 cm×3 cm) 半身・正面・脱帽 過去3ヶ月以内に 撮影したもの	受験資格 (裏面参照)	○をつけてください 1・2・3	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
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 (直近順に記入) ※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	
年 月から	
年 月まで	

職歴 (直近順に記入)

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	

◎申込者本人がすべて自筆で記入してください。

自治体における子育て支援業務において、相談及びコーディネート等の業務経験の有無(職歴欄の再掲)

相談業務等の経験： 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> (いずれかに○)	勤務先：
具体的な内容： 	

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	

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、楷書で丁寧に記入してください。
 - ・受験資格の欄は、次の中から該当するものを選択し、1つに○を付けてください。
子育て支援・母子保健に関する専門知識及び関連する関係機関との連携・調整についての知識を有するもので、次のいずれかに該当する者
 - 1 母子保健に関する専門知識を有する保健師、看護師
 - 2 子育て支援に関する専門知識を有する保育士、社会福祉士、その他対人援助に関する有資格者
 - 3 自治体における子育て支援業務等において、相談及びコーディネート等の業務内容を必須とする事業や業務に3年以上の従事経験を有するもの、もしくは同等の経験を有するもの
 - ・＊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、大阪市住吉区就学前児童サポート推進員(会計年度任用職員)の任用選考について使用するものであり、それ以外の目的には使用しません。