

会計年度任用職員選考試験受験申込書
(住吉区保健福祉センターにおける保健関係窓口等業務)

(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	男	・
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	
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。

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。
 - ・*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、住吉区保健福祉センターにおける保健関係窓口等業務(会計年度任用職員)の任用選考に関し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。