

高槻市母子保健業務従事職員（会計年度任用職員）採用候補者試験申込書

(本人自書)

令和 年 月 日現在

会計年度任用職員	職種名		※受験番号	
	ふりがな		性別	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>写 真</p> <p>縦 4.5cm×横 3.5cm</p> <p>申し込み前 6ヶ月以内に 撮影した脱帽・上半身正 向きのもので本人と確 認できるもの</p> </div>	氏 名			
	生年月日		年 月 日 (満 歳)	
	郵便番号		—	
	住 所		_____	
	電話番号		[— —]	
	携帯電話		[— —]	
E-mail		[]		
		(※連絡のとれる住所・連絡先番号を記入してください。)		
在 学 期 間		学 歴		
年 月		高校卒業		
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
資 格 ・ 免 許			特技・その他	
名 称	免許番号等	取得年月日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

職 歴		
勤 務 先 等	勤 務 経 験 期 間	
	年 月 ～ 年 月	年 月 勤務
	年 月 ～ 年 月	年 月 勤務
	年 月 ～ 年 月	年 月 勤務
	年 月 ～ 年 月	年 月 勤務
	年 月 ～ 年 月	年 月 勤務
前記のうち最も勤務期間の長い勤務先・部署名		
あなたの行った業務内容		
志 望 動 機		
<p>本試験に関わらず、今後、同職種を採用試験を実施した場合、案内を希望しますか。 次の選択肢へ○印をしてください。 <u>希望する</u> ・ <u>希望しない</u> ※「希望する」に○をいただいた場合、同職種（正規職員・任期付職員・会計年度任用職員含む。他課実施分含む。）の採用試験のご案内をお知らせする可能性があります。</p>		
<p>本試験に関わらず、今後、母子保健事業等の時間額制会計年度任用職員（アルバイト職員）としての登録を希望されますか。次の選択肢へ○印をしてください。 <u>希望する</u> ・ <u>希望しない</u> ※「希望する」に○をいただいた場合、本試験終了後、支障のない範囲で臨時的任用職員の仕事を依頼する可能性があります。</p>		

【記入上の注意事項】

- 1 ボールペンで、正確かつ明瞭に記入してください。
- 2 数字は算用数字を使用してください。
- 3 記入事項がなければ、斜線を引いてください。また、※印の欄は記入の必要はありません。
- 4 不実の記載があるときは任用される資格を失うことがあります。また、採用後においても免職される可能性があります。