

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: 5px; 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 面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		

【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ことがあります。