

**(職員健康管理専門職)
採用選考申込書**

[写真欄]

写真は申込前6カ月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦5.5cm×横4.5cmのもので本人と確認できるものを貼り付けてください。

所 属	総務部職員厚生課
職 名	職員健康管理専門職

※以下について、必要事項を記入するとともに、該当する □ に「✓」を記入してください。

1 氏名(フリガナ)					
2 生年月日・年齢					
年 月 日生まれ 歳（ 年 月 日現在）					
3 現住所(同居人の場合は、同居先も記入してください。)					
(郵便番号 —)(電話 — —) (携帯電話 — —)					
4 連絡先(現住所以外の連絡場所がある場合は記入してください。)					
(郵便番号 —)(電話 — —) (携帯電話 — —)					
5 学歴(高等学校以上を記入してください。なお、所在地は市町村名までを記入してください。) ※専門学校は、修業年限が2年以上の場合に限ります。					
①現在又は最終 ☐ 大学院 ☐ 大学 ☐ 短大・専門学校 ☐ 高校					
学 校 名		学 部 科 名		所 在 地	
期 間			学 年 等		
年 月から 年 月まで			学年 ☐ 卒 ☐ 卒見 ☐ 在 ☐ 中退		
②その前 ☐ 大学院 ☐ 大学 ☐ 短大・専門学校 ☐ 高校					
学 校 名		学 部 科 名		所 在 地	
期 間			学 年 等		
年 月から 年 月まで			学年 ☐ 卒 ☐ 中退		

6 職歴(直近の職歴から順に記入してください)

年	月	職歴

7 資格・免許

年	月	資格・免許

8 志望動機・自己PR・その他

[志望動機・自己PRについて記入してください]

通勤時間	扶養家族(配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
約 時間 分	人	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

9 本人希望記入欄(特に報酬・勤務時間・業務内容等についての希望などがあれば記入してください。)

(宣誓欄)

私は、採用選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、申込書についてのすべての記載事項に相違ありません。

年 月 日 申込者氏名(自筆)
