

採用選考申込書

障がい者を対象とした岐阜県会計年度任用職員（補助職員）

所 属	西濃保健所揖斐センター
職 名	補助職員(事務補助)

[写真欄]

写真は申込前6ヶ月以内に帽子をつけて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。

※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) - (電話番号) - (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) - (電話番号) - (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		<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校					
学校名	学部科名	所在地					
期間 年 月から 年 月まで				学年等 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 中退			
②その前		<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校					
学校名	学部科名	所在地					
期間 年 月から 年 月まで				学年等 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退			

6 職歴（直近の職歴から順に記入してください）

年	月	職歷

7 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）