

雄武町職員採用試験申込書(介護職員:会計年度任用職員)

写真貼付欄

①写真は3カ月以内に撮影したものが必要です。
②大きさは、縦4cm、横3cmです。

ふりがな

氏 名

昭和・平成 年 月 日生(満 歳)※男・女

ふりがな

〒

(電話)

現住所

〒

(携帯電話)

連絡先(実家)

〒

(電話)

メールアドレス

学歴

学 校 名

学部・学科名

在 学 期 間

修学年限

修学区分

中学校

自:平成 年 月
至:平成 年 月

3 年

卒 業

自:平成 年 月
至:平成 年 月

年

卒・卒見・中退

自:平成 年 月
至:平成 年 月

年

卒・卒見・中退

自:平成 年 月
至:平成 年 月

年

卒・卒見・中退

職歴

勤務先(携わっていた業務内容)

在 職 期 間

雇用形態

所在地(市町村まで)

退 職 理 由

()

自:平成 年 月
至:平成 年 月

☐正社員
☐その他()

()

自:平成 年 月
至:平成 年 月

☐正社員
☐その他()

()

自:平成 年 月
至:平成 年 月

☐正社員
☐その他()

()

自:平成 年 月
至:平成 年 月

☐正社員
☐その他()

()

自:平成 年 月
至:平成 年 月

☐正社員
☐その他()

資格・免許

名 称

取得年月日

名 称

取得年月日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

年	月	賞	罰

得意の学科

趣味・スポーツ・特技等

健康状態

1 何か身体上の障害はありますか。 有()・無()
2 過去に大きな病気をしたことがありますか。 有()・無()
3 現在治療中の病気はありますか。 有()・無()
※「有」の場合には、()内に具体的に記入してください。

あなたが認める長所

あなたが認める短所

家族

氏 名

年齢

続柄

職 業

氏 名

年齢

続柄

職 業

志望の動機

申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

申込者氏名 (本人自署)

記載上の注意 ①鉛筆以外の黒の筆記具(インク又はボールペン)で書いてください。
②数字は算用数字で、文字は楷書でていねいに書いてください。
③記載事項に不正があるときは、採用資格を失うことがあります。

※この資料は、雄武町職員(看護師)採用試験以外には使用しません。