

## 新宮町会計年度任用職員採用申込書

※受付印

フリガナ 氏名		希望職種  保健師		※受付印		
生年月日・年齢  年 月 日生（令和8年4月1日現在で満 歳）				（写真欄）		
（フリガナ） 現住所（〒 - ）				※3か月以内に撮影した 写真を貼付してください。		
連絡先電話番号 自宅（ ） - 携帯（ ） -						
学 歴	学 校 名  （最終学校）		学部学科（専攻）名		在 学 期 間  年 月から 年 月まで	
	職 歴	勤務先（最終勤務先から順に）	部・課・係	職務内容	所 在 地	在 職 期 間
現在（最終）					年 月から 年 月まで	
（その前）					年 月から 年 月まで	
（その前）					年 月から 年 月まで	
資 格 ・ 免 許	免許・資格の名称		取得年月日	免許・資格の名称		取得年月日
			年 月 日			年 月 日
パ ソ ン コ ン	操作できるものを○で囲む Word ・ Excel ・ Access ・ CAD ・ その他（ ）					
	志 望 動 機					
勤 務 の 希 望	曜日 勤務を希望する曜日を○で囲む 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		勤務日数 週当たり 5 日			
	時間 ※通常の勤務時間は、8:30～17:00  : ~ :		特記事項			
私は新宮町会計年度任用職員の募集内容を確認のうえ、申し込みます。 なお、私は右に掲げる事項のいずれにも該当していません。  また、この申込書のすべての記載事実に相違はありません。  年 月 日  申込者氏名(自筆)				【地方公務員法第16条に該当する人】 ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人 ・新宮町において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない人 ・日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人		