

鹿島市会計年度任用職員（助産師・保健師） 選考登録申請書

No. _____

会計年度任用職員(助産師・保健師)として採用を希望し、選考のための登録を受けたいので、次のとおり申請します。また、申し込みにあたっては次の事項について誓約します。

- ・記載事実と相違ないこと
- ・地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しないこと
- ・地方公務員法等で課される義務を順守すること

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日生(満 歳)
ふりがな	電話番号
現住所(〒 -)	
ふりがな	電話番号
連絡先(〒 -)	

写真添付

1 縦36～40mm
横24～30mm

2 本人単身上半身、
脱帽、正面のもの

資格・免許	取得年月	名 称
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
(パソコンの使用経験)		有の場合で <input type="checkbox"/> Excel(関数) <input type="checkbox"/> Excel(グラフ作成)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 年程度)		きるものに <input type="checkbox"/> Excel(表作成) <input type="checkbox"/> Excel(マクロ)
(志望の動機)		
(自己PR)		

学歴	最終学校名	在学期間
		年 月～ 年 月
職歴	勤務先名	勤務期間
①		年 月～ 年 月
②		年 月～ 年 月
③		年 月～ 年 月
④		年 月～ 年 月
⑤		年 月～ 年 月

※職歴は直近のものを①に記入し、それから遡及して順番に5つまで記入してください

【注意事項】

1. 写真は必ず貼付してください。
2. 太枠部分を記入してください。
3. □印は該当にレ印をつけてください。

※助産師または保健師免許証の写しを添付してください。

※この申請書に記入していただいた個人情報は、会計年度任用職員の選考及び任用のために使用するものであり、それ以外の目的で使用することはありません。

整理欄	自年	月	日	至年	月	日	勤務先(課)

受付印