

能代山本広域市町村圏組合会計年度任用職員採用申込書

※受付番号

ふりがな			※性別	生 年 月 日		《写真貼付欄》 縦4cm×横3cm (この枠内に収まるものであれば可) 正面・上半身 脱帽・無背景 提出前1年以内に撮影したもの
氏 名				S・H 年 月 日 ( 歳)		
住 所	(〒 ー )		・自宅 ( ) ー ・自宅以外 (携帯電話等) ( ) ー			
学 歴	学 校 名	卒 業 ・ 見 込 ・ 中 退 年 月		資 格 ・ 免 許	資 格 免 許 の 名 称	取 得 年 月 日
	中 学 校	年 月 卒 ・ 見 込				年 月 日
	高 等 学 校	年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退				年 月 日
	専 門 学 校 短 期 大 学 大 学	年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退				年 月 日
		年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退				年 月 日
職 歴 (新しい順に記入)	勤 務 先 名 称	所 在 地 (市区町村まで)	雇 用 形 態 (正社員・パート等)	週 の 勤 務 時 間	職 務 内 容	在 職 期 間
				時 間 分		自 年 月 至 年 月
				時 間 分		自 年 月 至 年 月
				時 間 分		自 年 月 至 年 月
				時 間 分		自 年 月 至 年 月
				時 間 分		自 年 月 至 年 月
・組合職員（正規職員・臨時・パート含む）として在職した期間はすべて記入すること ・上欄に書ききれない場合は、別紙「職歴表（追加用）」に職歴及び氏名を記入の上、添付すること						
※障がいのある方	お持ちの「障害者手帳」  ・療育手帳等（ A B その他 ） ・精神障害者保健福祉手帳 級  ・身体障害者手帳 級（ 視 聴 肢 心臓 腎臓 呼吸 その他 ）					
希 望 業 務		記号	番号	担 当 部 署		私は、募集要項の記載内容を了承の上、申し込みます。 なお、私は、応募資格に記載の欠格事項に該当しておりません。 また、この申込書の記載事項は、すべて事実であることを誓います。  令和 年 月 日  氏名（自署）
	第1希望					
	第2希望					
	第2希望までの選考に漏れた場合の他業務への配属希望			有 無		

※ 「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

※ 「障がいのある方」欄：障がい者求人に応募する場合は、記載してください。