

中新川広域行政事務組合会計年度任用職員採用選考申込書

職種	介護認定 調査事務	ふりがな				写真貼付 1 写真は申込前6ヶ月以内 に帽子をつけないで上半身 正面向きを撮った縦4cm 横3cmのもので本人と確 認できるものが必要です。 2 後日送付する受験票にも 同じ写真を使用してください。
		氏 名				
区分	フルタイム	生年月日	年	月	日生(歳)	
		性 別	男 ・ 女			
現住所	〒 都道府県 区市町村					
連絡先（申請者と確実に連絡のとれる電話番号）		TEL ()			—	
メールアドレス						
学 歴（最終学歴から高校までを順に記載してください。）						
学 校 名	学 部	学 科	所在地 (市町村名まで)	在学期間	修学区分 (○で囲む)	
				年 月から 年 月まで	卒 業 ・ 修 了	
				年 月から 年 月まで	卒 業 ・ 修 了	
				年 月から 年 月まで	卒 業 ・ 修 了	
職 歴						
勤務期間		勤務年数	業種、職種、活動内容、役職など（簡潔に）		雇用形態	
					・正職員 ・臨時, その他	
					・正職員 ・臨時, その他	
					・正職員 ・臨時, その他	
					・正職員 ・臨時, その他	
資格・免許（受験資格と関係のある資格・免許については必ず記入してください。）						
名 称			取得済又は取得見込の区分		取得（見込）年月	
			取 得 済 ・ 取 得 見 込		年 月	
			取 得 済 ・ 取 得 見 込		年 月	
			取 得 済 ・ 取 得 見 込		年 月	
志望動機						

中新川広域行政事務組合会計年度任用職員への採用選考を以上のとおり申し込みます。

なお、私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

- (1) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 中新川広域行政事務組合の職員として懲戒処分 of 処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (3) 日本国憲法施行日以後において、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者
- (4) 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者
(心神耗弱を原因とするもの以外)

令和 年 月 日

氏 名