

小川地区衛生組合会計年度任用職員候補者登録申請書

フリガナ 氏名			【顔写真添付】 ① 縦 36～40mm 横 24～30mm ② 無帽・無背景 ③ 本人単身・正面向き ④ 3ヵ月以内撮影 ⑤ 裏面のりづけ
住所	〒 — —		
生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）		
電話番号	— —	性別	
連絡先住所		電話番号	— —

※ 連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。

学歴	※ 最終学歴を記入			昭・平・令 年 月	卒業 卒業見込
職 歴 (新↓旧)	勤務先	在職期間	職務内容	勤務年数	
	現在（在職中・無職）	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	
	その前	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	
	その前	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	
	その前	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	
	その前	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	
	その前	年 月から 年 月まで	（正規職員・非正規職員）	年 ヶ月	

※ 年月は和暦で記入してください。

資格	年 月 資格 取得・取得見込	年 月 資格 取得・取得見込
	年 月 資格 取得・取得見込	年 月 資格 取得・取得見込
	年 月 資格 取得・取得見込	年 月 資格 取得・取得見込
	年 月 資格 取得・取得見込	年 月 資格 取得・取得見込
申請動機		

### 勤務の希望等の状況

勤務期間 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 年間を通しての勤務が希望 <input type="checkbox"/> 短期間での勤務が希望 <input type="checkbox"/> いずれも可 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )
勤務日数 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 週1日 <input type="checkbox"/> 週2日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> いずれも可 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )
勤務時間数 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1～3時間程度 <input type="checkbox"/> 3～6時間程度 <input type="checkbox"/> 6時間以上 <input type="checkbox"/> いずれも可 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )
勤務可能な曜日	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いずれも可 <input type="checkbox"/> その他 (                                    )
勤務可能な時間	午前・午後 _____時_____分 ～ 午前・午後 _____時_____分

### 技能等の状況

パソコン能力	基本的な操作	<input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 操作不可
	Word・Excel	<input type="checkbox"/> 応用的操作可 (表・グラフの作成、関数の使用) <input type="checkbox"/> 基本的操作可 (文書の入力、表への入力) <input type="checkbox"/> 操作不可
	その他の操作	<input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 操作不可 ※操作可の場合具体的に (                                    )

### 兼業等の状況

採用後の兼業について	<input type="checkbox"/> あり (名称 :                                    ) <input type="checkbox"/> なし ※採用後の兼業等の予定がある場合は勤務先等名称を記入してください。
------------	--

### 欠格事由に関する申告

以下の地方公務員法第16条に定める採用に関する欠格事由に**該当しない場合**は、にレ印を記入してください。

禁固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

地方公共団体から、懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者

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者

### 備考

【小川地区衛生組合使用欄】
---------------