

# 会計年度任用職員申込書

令和 年 月 日現在

写真貼付欄

過去3ヶ月以内に  
撮影したもの

(縦4cm×横3cm)

ふりがな	
昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	男・女
希望職種	
ふりがな	電話番号
現住所	
ふりがな	電話番号
緊急 連絡先	

在学期間	学歴 (高校卒業時から)		
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
在職期間	職歴	雇用形態	社保加入
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無

在職期間	職歴	雇用形態	社保加入
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月から 年 月まで		1 正規 2 その他	有・無
年 月	月	免許・資格等	

障害の有無		有・無	(備考)
手帳種別	身体障害者手帳	級	
	療育手帳	A・B	
	精神障害者保健福祉手帳	級	
配偶者		配偶者の扶養義務	
1. 有 2. 無		1. 有 2. 無	
扶養家族数(配偶者を除く)			人
この申込書に記入した事項は、事実と相違ありません。 また、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。			
令和 年 月 日 申込者氏名(自署)			
注意事項	○黒又は青のボールペンで丁寧に記入してください。		
	○職歴の記入欄が不足する場合は別紙(任意様式)を添付してください。		
	○雇用形態における「1正規」は、①正規職員、②雇用期間に定めのある職員で週あたりの勤務時間が正規職員と同様の場合が該当します。これらに該当しない場合は「2その他」を○で囲んでください。		
	○障害者手帳の交付を受けている方は手帳の写しを添付してください。		
			受付印