

令和2年度 藤岡市会計年度任用職員申込書

ふりがな		性別	写真添付欄 申込6か月以内に撮影した無帽、正面、上半身の写真を貼付してください。 (縦4cm×横3cm) ※写真の裏側に名前を記入してください。	*受付印欄
氏名		男 女		
生年月日	年 月 日生 (令和2年4月1日現在 満 歳)			
現住所	〒 -			
連絡先	固定電話 - -	携帯電話 - -		
藤岡市会計年度任用職員に次のとおり申し込みます				
学 歴 ※直近のものから記入	学校名	学部・学科名	在学期間	就学区分
			年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退
			年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退
			年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退
職 歴	勤務先名称	勤務内容	勤務形態	在職期間
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> その他	年 月～ 年 月
資格・免許	資格・免許等の名称	取得年月日(予定)	資格・免許等の名称	取得年月日(予定)
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込み
障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種類(身障者手帳 / 療育手帳 / 精神障害者保健福祉手帳) 程度 ()			

志望動機													
自己PR													
パソコン操作	WORD	<input type="checkbox"/> 仕事等で使用していた	<input type="checkbox"/> 入力など、簡単な操作のみ	<input type="checkbox"/> 未経験									
	EXCEL	<input type="checkbox"/> 仕事等で使用していた	<input type="checkbox"/> 入力など、簡単な操作のみ	<input type="checkbox"/> 未経験									
希望職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療技術職（職種： ） <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務補助 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> 運転業務												
希望職種・部署	※特に希望する職種・部署がある場合は記入												
勤務可能期間	令和2年度中	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで				
勤務可能な日	週	日程度	（月 火 水 木 金 土 日 祝日）										
勤務可能時間	1日	時間程度	時	分	～	時	分						
社会保険	<input type="checkbox"/> 加入を希望する <input type="checkbox"/> 加入を希望しない（扶養の範囲内を希望）				<input type="checkbox"/> どちらでも								
配慮事項・その他希望等													
私は地方公務員法第16条の規定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と相違ありません。													
							令和	年	月	日	氏名		
										(自署)			

地方公務員法第16条に該当する者（以下のいずれかに該当する者）

- ・ 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人
- ・ 藤岡市職員として懲戒免職の処分を受け、該当処分の日から2年を経過しない人
- ・ 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人