

令和5年度 会計年度任用職員（保健師等） 登録申込書

令和 年 月 日

写真を貼る位置

1. 縦 40mm
横 30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面にのり付け
4. 裏面に氏名記入

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	令和5年4月1日現在 (満 歳)
現住所	〒 -		電話 自宅 () 携帯 -
緊急 連絡先	〒 - (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		電話 携帯 () その他 -

履 歴

学 歴 (年代の新しいものから順に記入してください。)			
学校名	学部学科名等	期 間	○で囲む
		年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
職 歴 (年代の新しいものから順に記入してください。)			
会社名	業務内容	期 間	
		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	
		年 月から 年 月まで	

免許・資格

取得年月	名称・種類
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※ペン又はボールペンで記入してください。

【裏面へ続く】

1 登録する職種

形態：パートタイム会計年度任用職員

職種：保健師等

2 勤務場所及び職務内容

勤務場所	職務内容
地域包括支援センター（日良居庁舎内）	認知症施策推進業務

3 志望動機等

志望動機
自己PR
特技・趣味等

私は、登録募集案内に記載の登録資格をすべて満たしており、登録申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

氏名(自署)
