

安城市介護認定調査員（会計年度任用職員）採用申込書

年 月 日提出

裏面の記入上の注意事項を読んでから記入してください。

フリガナ				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 写 真 (3 cm × 4 cm) 6月以内に撮 影したものを 貼付すること </div>		
氏 名						
生 年 月 日	年	月	日 生		年 齡	満
現 住 所	〒 —			電話番号		
連 絡 先 住 所	(現住所と異なる場合のみ記入) 〒 —			電話番号		
応 募 資 格	保健師・看護師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・社会福祉士 ・言語聴覚士・介護支援専門員 (取得年月日 年 月 日)					
勤 務 可 能 日 数	週 日					
勤 務 可 能 時 間	: ~ : (8:30~17:15の範囲内でご記入ください。)					
勤 務 可 能 曜 日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日					
資 格 ・ 免 許	応募資格以外の資格・免許(例:ヘルパー2級、その他特技など)			取 得 年 月 日		
	普通自動車免許			年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
学 歴	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名		在 学 期 間		卒・中退	
	中学校		年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月			

職 歴	名 称 ・ 部 課 名 ・ 勤 務 内 容	在 職 期 間
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
パソコン操作の習熟度 (該当箇所には☑をつけて ください)	文書作成ソフトの操作について <input type="checkbox"/> 大抵のことができる <input type="checkbox"/> 入力程度 <input type="checkbox"/> 経験なし	
志 望 動 機		

記入上の注意事項

- 1 本人が自筆で、黒又は青色の万年筆かボールペンを用いて、かい書でていねいに記入してください。
- 2 応募資格欄は、該当するものを○印で囲んでください。複数の場合は資格・免許欄に記入してください。
- 3 勤務可能日数欄は、週あたりの勤務希望日数を記入してください。
- 4 勤務可能曜日欄は、該当するものを○印で囲んでください。
- 5 1週間の勤務時間が20時間以上であり、報酬の月額が8.8万以上となるような雇用形態で2か月以上の任用期間が見込まれる場合は健康保険・厚生年金保険に加入となります。