

安城市会計年度任用職員 採用候補者名簿登録申込書

(看護師・介助員・学習支援員)

← いずれかに○をつけてください。

写真糊付け欄

4cm×3cm
(タテ×ヨコ)

最近3か月以内に撮影した上半身の鮮明な写真

※本人自筆で、黒または青色の消えないペンで記入してください。

フリガナ				身の写真
氏 名				
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	電話番号	() -
フリガナ				
現 住 所		〒 -		
最 終 学 歴	学校・学部・学科名		在学期間	
			年 月～ 年 月	
直 5 年 の 職 歴	会社(官公庁)名	職種	区分	在職期間
			正規 臨時	年 月～ 年 月
			正規 臨時	年 月～ 年 月
			正規 臨時	年 月～ 年 月
資 格 ・ 免 許	(年 月取得)		(年 月取得)	
	(年 月取得)		(年 月取得)	
	(年 月取得)		(年 月取得)	
勤務できる 時 間 帯	()時()分～()時()分 ※8時30分～17時15分の範囲内で記入してください。			
勤務できる 曜 日 等	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 ※勤務できる曜日等に☑をつけてください。			
希 望 す る 勤 務 形 態	1日()時間×週()日 ※1週間に20時間以上となる場合は、社会保険の加入対象となります。			
その他 希望事項				

【市役所記入欄】

[illegible]