

令和9年度 津南町会計年度任用職員登録申込書

写 真 上半身脱帽・正面向き 縦4cm×横3cm程度 申請前6か月以内に 撮影したもの	フリガナ		生年 月 日	昭和・平成		
	氏 名			年	月	日
	フリガナ					
	住 所	〒 —				
	連絡先	(自宅) — — (携帯電話) — —				
学 歴	学 校 名		学 部・学 科		在 学 期 間	○で囲む
	(最 終)				年 月 から 年 月 まで	卒・卒見・中退
	(その前)				年 月 から 年 月 まで	卒・卒見・中退
職 歴	勤 務 先		職 務 内 容		在 職 期 間	
	(最 終)				年 月 から 年 月 まで	
	(その前)				年 月 から 年 月 まで	
	(その前)				年 月 から 年 月 まで	
免許・資格	種 類	取得(見込)年月	種 類	取得(見込)年月		
		年 月 取得・取得見込		年 月 取得・取得見込		
		年 月 取得・取得見込		年 月 取得・取得見込		
パソコン能力 (該当区分にそれぞれチェックを入れてください)						
Word	☐ 図や差込文書の作成ができる ☐ 文字入力など簡易の操作のみできる ☐ 未経験		excel	☐ 関数やグラフ作成等ができる ☐ 入力など簡易な操作のみできる ☐ 未経験		
申 込 職 種	希望職種にチェックを入れてください。					
	資格 必要	☐ 介護支援専門員 ☐ 保育士 ☐ 調理師 ☐ 栄養士 ☐ 学習支援員 ☐ 複式対応講師 (教員免許) ☐ 看護師 ☐ 医師事務作業補助者 ☐ 自動車運転員				
	資格 不要	☐ 一般事務 ☐ 保育助手 ☐ 調理補助 ☐ 用務員 ☐ 看護助手 ☐ 支援員 (特別支援を要する児童の補助) ☐ 医師事務作業補助者 (採用後、資格取得)				
勤務可能日数		☐ 週5日 ☐ その他 (週 日程度)				
勤務可能時間		☐ 指定なし ☐ 指定あり (時 分～ 時 分)				
勤務可能曜日		☐ 平日のみ ☐ 土日祝日可				
配慮事項・ その他希望等						
障害者手帳 の 有 無		※障害者区分での任用を希望されるかたは、必ずご記入ください。 ☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 (種 級 障害名)				

この申込書に記載したことは、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 (自署) _____