※受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿

結城市会計年度任用職員申込書

職　種	専　門　職	介護認定調査員

写真貼付
（縦40㎜×横30㎜）

フリガナ	
氏　名	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（満　　歳）
住　所 （住民票記載住所）	〒　　－ 電話番号　　（　　）
連絡先 （居住地が異なる場合）	〒　　－ 電話番号　　（　　）
携帯電話番号	
Ｅメールアドレス	

学歴 ※上段から順に高等学校から記入してください。	項番	学校名 学部・学科名	修学期間と状態 （※元号表記で記入してください。）
	1		年　月　日　卒　業 ～　　卒業見込 年　月　日　退　学
	2		年　月　日　卒　業 ～　　卒業見込 年　月　日　退　学
	3		年　月　日　卒　業 ～　　卒業見込 年　月　日　退　学
	4		年　月　日　卒　業 ～　　卒業見込 年　月　日　退　学

職歴 ※上段から順に記入してください。 ※結城市での勤務経験を含めて記入してください。	◆結城市の会計年度任用職員としての勤務経験の有無について		□有　□無
	項番	勤務先（会社名等） 所在地（勤務地等） 所属・役職・勤務内容等	在職期間 （※元号表記で記入してください。）
	1		年　月　日 ～ 年　月　日
	2		年　月　日 ～ 年　月　日
	3		年　月　日 ～ 年　月　日
	4		年　月　日 ～ 年　月　日
	5		年　月　日 ～ 年　月　日

◆職歴で記入欄が不足した場合は下記に記入してください。

職歴（つづき）※上段から順に記入してください。	項番	勤務先（会社名等） 所在地（勤務地等） 所属・役職・勤務内容等	在職期間 （※元号表記で記入してください。）
			年　月　日 ～ 年　月　日
			年　月　日 ～ 年　月　日
			年　月　日 ～ 年　月　日
			年　月　日 ～ 年　月　日
			年　月　日 ～ 年　月　日
			年　月　日 ～ 年　月　日

資格・免許	名　　称	取得年月日 （※元号表記で記入してください。）
1		年　月　日
2		年　月　日
3		年　月　日
4		年　月　日
5		年　月　日
健康状態	◆該当項目の〇をつけてください。（※不良の場合はその状況を記入してください。） 良　好　・　不　良（　　）	
自由記載欄	◆自己ＰＲ等について自由に記入してください。	

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、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆今回「選考外」となった方は、会計年度任用職員として登録することができます。
登録していただくと、年度途中で追加募集等があった場合、優先的に選考の対象とさせていただきます。
なお、登録の期間は「令和９年３月３１日まで」とします。

□登録を希望する　　□登録を希望しない

【※この申込書は両面１枚で印刷してください。】