

会計年度任用職員採用希望者登録申込書

次のとおり、下郷町会計年度任用職員として登録を申込みます。

申込日： 年 月 日
受付番号

ふりがな			性別 <input type="checkbox"/> 印	男・女	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">[写真欄]</div> <p>写真は3ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもの (縦4cm×横3cm)</p>
氏名					
生年月日	年 月 日生 (満 歳)				
現住所	〒				
	電話番号(自宅) - - -	(携帯電話) - - -			

資格・免許			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		
			年 月 取得・取得見込		
			年 月 取得・取得見込		

希望職種					
------	--	--	--	--	--

通勤手段		<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 []	通勤時間	分	通勤距離	km
------	--	---	------	---	------	----

学歴 ※中学校から記載	学校名等		在籍期間			
			年 月から 年 月まで (卒業・卒業見込み・中退)			
			年 月から 年 月まで (卒業・卒業見込み・中退)			
			年 月から 年 月まで (卒業・卒業見込み・中退)			
			年 月から 年 月まで (卒業・卒業見込み・中退)			

職歴 ※本町臨時職員等の勤務経験も記入してください。	会社名等		在職期間			
			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			

パソコン操作（ワード・エクセル等）		<input type="checkbox"/> 操作可	<input type="checkbox"/> 入力程度	<input type="checkbox"/> 操作経験なし	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院治療中〔病名： 慢性疾患〔病名： 〕〕				
配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	配偶者の扶養義務	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	扶養親族 (配偶者除く)	<input type="checkbox"/> あり 子人・その他人 <input type="checkbox"/> なし
障害者手帳・療育手帳	<input type="checkbox"/> あり [種 級 障害名： <input type="checkbox"/> なし]				※手帳をお持ちの方は写しを添付してください。
自己分析 (長所、短所、得意な分野等を記入してください。)					
志望理由					
希望事項等 (障がいのある方で、勤務において配慮が必要な場合には、その内容を記入してください。)					

【宣誓欄】

私は、次のいずれにも該当しません。また、この申込書に記載した事項は、すべて事実と相違ありません。

- ① 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ② 下郷町職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入了した者

年　　月　　日

氏　名

印

※日付と氏名を必ず本人が記入してください。

(注意)

- 1 漏れなく正確に記入してください。
- 2 「資格・免許」、「学歴」、「職歴」の指定欄に記入しきれない場合には、別紙に記入して提出してください。
- 3 登録申込書を提出後は、審査を行い、適当と認められて方を候補者台帳へ登録しますが、必ず任用されるとは限りませんのでご承知ください。
- 4 個人情報は、適切かつ厳重に管理し、一定期間経過後は、責任を持って処分します。
- 5 記載内容に変更が生じた場合や、登録の一時中断又は登録の取消しを希望する場合は、ご連絡ください。