

柏市会計年度任用職員採用選考受験申込書 (事務補助員)

写真貼付欄

- 縦 4 cm × 横 3 cm
- 申込前 6 か月以内に撮影
- 脱帽・上半身・正面向きで本人と確認できるもの
- スナップ写真は不可

ふりがな				
氏名	姓	名		
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
			性別	男・女
住所	〒		電話	()
			携帯電話	()
年	月	学 歴 (高等学校以上の学歴を記入)		
年	月から			
年	月まで			
年	月から			
年	月まで			
年	月から			
年	月まで			
職 歴				
年	月	勤務先	就労形態	職務内容
年	月から		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月まで		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月から		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月まで		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月から		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月まで		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月から		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月まで		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
免 許 ・ 資 格				※○を付す
年	月	○○○免許 (※○○師免許証の写しを添付)		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

勤務条件

※□に、チェックを付してお答えください。

勤務形態：年間を通した勤務

勤務日数：月～金曜日のうち、週4日もしくは5日（※要相談）

勤務開始時間：9:00 勤務終了時間：16:45

社会保険加入：有 雇用保険加入：有

以上の条件での勤務が可能ですか：□週4日を希望 □週5日を希望 □いいえ

※いいえの場合、ご希望の条件をご記入ください。

[

]

通勤方法と経路及び通勤時間

記載例	自宅（徒歩）15分→江戸川台駅（東武野田線）20分→柏駅（JR） 3分→北柏駅（阪東バス）7分→慈恵医大柏病院バス停 計50分程度
第1方法	
第2方法	

志望動機

消費者安全法（平成21年法律第50号）第10条の3第1項に規定する消費生活相談員資格試験について ※□に、チェックを付してお答えください。

□過去に受験したことがある（直近の受験年度：平成・令和_____年度）

□受験申込をした（申込年度：令和_____年度試験）

□今後、受験してみたい（受験予定年度：令和_____年度頃）

健康状態（継続して通院治療を受けている傷病等・障害の有無について記入）

採用選考受験に当たり伝えておきたい事項（希望、留意事項等）

私は、柏市会計年度任用職員採用選考試験を受験したいので申し込みます。

私は、会計年度任用職員（事務補助員）募集案内に掲げる受験資格を全て満たしており、また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ （自署のこと）