

# 会計年度難病等健康相談員（保健師）募集中込書

令和      年      月      日現在

写真貼付  
(4cm×3cm)

ふりがな		昭和			日生	男・女
氏 名		平成				
ふりがな						電話 (      )
現 住 所	〒					—
						携帯 (      )
						—
ふりがな						電話 (      )
連 絡 先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)					—
						携帯 (      )
						—
学 歴	期      間	学 校 名		学 部 ・ 学 科 名		
	年      月から 年      月まで	中 学 校				
	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					
職 歴	期      間	勤 務 先		職 務 内 容		
	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					

	名 称	取 扱 機 関	取 得 年 月 日
資 格 ・ 免 許	看護師		
	保健師		

志望の動機【この欄は採点の対象になります。100字以内で記入してください。】

採用後の兼業の予定(勤務先、勤務時間等)

無 ・ 有

※ 会計年度任用職員(短時間勤務)については、任命権者による許可は必要ありませんが、採用後、状況に変化があった場合はその都度報告してください。

下記の事項の非該当を○で囲む

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1 禁錮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                            | 該当 | 非該当 |
| 2 名古屋市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                                  | 該当 | 非該当 |
| 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団体を結成し、又はこれに加入した者 | 該当 | 非該当 |

私は、会計年度難病等健康相談員採用選考を受験したいので、採用選考案内の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。

なお、私は、採用選考案内に掲げてある受験資格等をすべて満たしており、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 氏 名 (自筆) \_\_\_\_\_

<記入上の注意点>

- 1 黒インク又は黒ボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
- 2 住所は、番地まで詳細に、マンション等の場合は○○号室まで記入してください。
- 3 写真の裏面に氏名を記入したうえで、写真を貼付してください。