

受験番号	※記入不要
------	-------

受験申込書（会計年度月額制介護予防推進員）

写真貼付

(4cm×3cm)

真の裏面に氏名
書き入れてください。6月以内の
帽、正面顔写真
こと。

(裏面も記入してください)

ふりがな		受験 番号	※記入不要
氏名			

年	月	資格・免許

志望動機

試験のときに、身体的障害等により試験会場での特別な配慮を必要とする方は、その内容と理由

採用後の兼業の予定（勤務先、勤務時間等）

有 • 無

〔 〕

※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、兼業届の提出が

下記の事項の該当、非該当を○で囲む

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 該当 非該当
2. 名古屋市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者 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の団体を結成し、又はこれに加入した者 該当 非該当
4. 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外） 該当 非該当

上記のとおり相違ないことを誓約します。