

会計年度精神障害者保健福祉手帳等判定事務専門員 採用試験申込書兼履歴書

		令和 年 月 日現在	写真貼付 (4 cm × 3 cm) 3か月以内の脱帽、正面、顔写真。 写真の裏面には氏名を記入。
ふりがな		生年月日	
氏名		年月日生 (歳)	
現住所 及び 連絡先	(〒 一) 電話 () ー 携帯電話 () ー	連絡用メールアドレス※	
現住所以外 の連絡先	(〒 一) 電話 () ー 携帯電話 () ー	※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。	
資格・免許	資格・免許の種類(取得年月)		
志望する 理由			
本人希望 記入欄			

記入上の注意(裏面も同じ)

- 記入は、本人自筆で、黒インクまたは黒ボールペンを用いてください。
- 資格・免許・学歴・職歴等は古いものから順に記入してください。
- 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。

裏面もご記入
ください。

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、採用後状況に変更があった場合にはその都度報告してください。

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。

令和 年 月 日

氏名 (自筆)