

受験申込書（会計年度介護保険給付・地域包括ケア事務員）

写真貼付

(4cm×3cm)

写真の裏面に氏名
を書き入れてくだ
さい。6月以内の
脱帽、正面顔写真
のこと。

[illegible]

(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、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

私は会計年度介護保険給付・地域包括ケア事務員採用選考を受験したいので、募集要項の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。
なお、私は募集要項に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。
令和 年 月 日
氏 名 (自署)