

令和5年度 さくら福祉保健事務組合会計年度任用職員

登 録 申 込 書

写 真

3か月以内に撮影
し上半身・脱帽
正面向きのもの

(3×4.5cm)

申込内容	希望施設 (○で囲む)		希望職種		※受付年月日	
	桜花寮 ・ 愛松園					
ふりがな				性別	○で囲む	
氏 名					男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	申込み日現在	満 歳
現住所	(〒 -)					
	(電話 - -) (携帯 - -)					
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間		該当を○で囲む
	中学校	/	/	年 月から 年 月まで		卒業
	高等学校	/	/	年 月から 年 月まで		卒業 ・ 卒業 ・ 中退 見込 ・ 見込 ・ 中退
				年 月から 年 月まで		卒業 ・ 卒業 ・ 中退 見込 ・ 見込 ・ 中退
				年 月から 年 月まで		卒業 ・ 卒業 ・ 中退 見込 ・ 見込 ・ 中退
職 歴	勤 務 先		所 在 地		在 職 期 間	
					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	
免 許 資 格	免許・資格の種類			取得年月日		記 号 番 号
※資格が必要な職種にお申込みの場合は、該当免許証の写しを添付してください。						
〈応募の動機〉						
<p>上記により、さくら福祉保健事務組合会計年度任用職員の申込みをいたします。なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・禁固以上の刑に処せられ、その刑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 ・さくら福祉保健事務組合又は他の地方公共団体の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 ・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 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p> <p>さくら福祉保健事務組合 管理者 様</p>						

※欄は記入しないで下さい。両面印刷とし、各欄で記載枠が不足の場合は、裏面に記載してください。