

## 津山市会計年度任用職員申込書(国民健康保険保健業務)

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏名			写 真 (約 5cm × 3.5cm) 1 申込の際に写真を貼ってください。 2 写真は最近3カ月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください
生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢	満 歳	
ふりがな 現住所	〒 ー 自宅電話 携帯電話		
ふりがな 連絡先	〒 ー 自宅電話 携帯電話		

(連絡先欄は、合格通知その他の連絡先を現住所以外のところに希望する場合に記入してください。)

学 歴 (転校も記入してください)	学 校 名	学部・学科・課程名	所在地(市・区・町・村)	在学期間	卒・卒見等の区分
	中学校			年月 年月 ・ ~ ・	卒・中退
				・ ~ ・	卒・中退
				・ ~ ・	卒・中退
				・ ~ ・	卒・中退
	最終(現在)			・ ~ ・	卒・卒見 中退
職 歴 (古い順に)	勤務先(部課名まで)	職務内容	所在地(市・区・町・村)	勤 務 期 間	
				年月 年月 ・ ~ ・	
				・ ~ ・	
				・ ~ ・	
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月	名 称	取得年月	
		・		・	
		・		・	
特 技 ・ 趣 味	-----				
	-----				
志 望 の 動 機	-----				
	-----				

勤務開始可能月		【      】月以降から可能			
□に チェック	通勤可能地域(複数可)	□どこでも可 □旧津山市内 □阿波・加茂 □勝北 □久米			
	土曜勤務	□可能 □不可			
	特定保健指導経験	□有り □無し			

※必ず自書してください。数字は算用数字を用い、学歴、職歴の在学期間、勤務期間は和暦で記入してください。

※希望どおりにならない場合があります。(要相談)