

令和7年度 阿武町会計年度任用職員 登録申込書

	※記入不用 登録番号 第 号 登録年月日 令和 年 月 日	写 真 上半身無帽 縦4cm 横3cm 裏面に氏名記入
住所及び 連絡先	〒 —	
	(電話) — —	(携帯番号) — —
ふりがな	性 別	昭和
氏 名	男・女	平成 年 月 日生

学 歴 (最終学歴を記入してください)			
学 校 名	学部・学科名等	卒業年次	○で囲む
		昭和・平成 年 月	卒業・卒業見込
職 歴 (直近の職歴を上から順に記入してください)			
勤務先名	期 間	職務内容	就労形態
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
	年 月 日から 年 月 日まで		正社員・パート・嘱託・ 臨時・その他()
免許・資格等			
取得年月日	免許・資格名		
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

パソコン操作について (該当するものに○をつけてください)					
W o r d	1 差込み文書等の作成ができる 2 文書の作成や罫線が引ける 3 未経験	E x c e l	1 関数入力等ができる 2 入力など簡単な操作ができる 3 未経験	その他 操作可能ソフト ()	一太郎、アクセス、桐、 パワーポイント、その他 ()

備考 ○太枠内をボールペン等で記入してください。
 ○裏面も記入してください。
 ○障害者手帳をお持ちの方で配慮事項を確認することに同意される場合は、障害者手帳をご持参ください。

希望職種 (別紙、登録募集案内を参照し、希望する職種欄に○を記入してください)		
本庁、各支所、学校ほか	みどり保育園 (本園・分園)	学校、保育園、体育・町民センター
<input type="checkbox"/> ①一般事務補助員	<input type="checkbox"/> ②保育士 (保育担任)	<input type="checkbox"/> ④学校給食員
<input type="checkbox"/> ⑦看護師	<input type="checkbox"/> ③保育士 (保育補助)	<input type="checkbox"/> ⑤給食員 (短期間)
<input type="checkbox"/> ⑩保健師、栄養士		<input type="checkbox"/> ⑧学習指導員
<input type="checkbox"/> ⑫介護福祉士		<input type="checkbox"/> ⑨校内教育支援センター指導員
		<input type="checkbox"/> ⑪教員業務支援員
		<input type="checkbox"/> ⑬児童クラブ支援員・補助員
		町内、町外
		<input type="checkbox"/> ⑥公用車運転手
希望順位、勤務場所を記入してください		
順位	職種	勤務場所
第1希望		
第2希望		
第3希望		

志望動機
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

自己PR
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

特技、配慮事項等
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

署名欄
<p>この申込書の記載事項は、全て事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 (自署)</p>

備考 太枠内をボールペン等で記入してください。