|  |  |
| --- | --- |
| **杉並区会計年度任用職員(短時間)** **【保健師・助産師・看護師】採用選考申込書** | 整理番号 |
| ※記入不要※ |
|  |
| 採用区分 | 会計年度任用職員（短時間） | 保健師・助産師・看護師 |  | **写 真**(縦4㎝×横3㎝)　最近3か月以内に　（上半身脱帽の正面）　　　　　写真裏面に氏名を記入してください。 |
| 氏　名 | 姓 | 名 |
| フリガナ |  |  |
| 漢字 |  |  |
| 生年月日 | 和暦 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| （令和　７年　４月　１日現在　　　　歳） |
| 郵便番号　 | 〒　　－　　　　　　 | 最寄駅 | 　　　　　　　　　　　　　　　線　　　　　　　　　　　駅 |
| 現住所　　　　 |  |
| 連絡先① | －　　　　　　－ | 連絡先② | －　　　　　－ |
| 学　　歴 |  | 学部学科名 | 在学期間 |
| 現在（最終） |  |  昭・平・令　　 年　　月から 昭・平・令　　 年　　月まで | 卒　　・　 　　年中退卒見込・　 　　年在学 |
| その前 |  |  昭・平・令　　 年　　月から 昭・平・令　　 年　　月まで | 卒　　・　 　　年中退 |
| 職　　歴　　　　（新しいものから順に主な職歴を記入してください。） | 勤務先名称 | 勤務内容 | 雇用形態 | 在職期間 |
| 現在（最終） |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
| その前 |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
|  |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
|  |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
|  |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
|  |  | 常　勤 ・ 非常勤 ・その他(　　　　　 ) | 昭・平・令　 　　年　 　　月～昭・平・令　　 　年　 　　月 |
| 資格・免許等 | 資格・免許の名称 | 実施機関 | 取　得　日 |
|  |  | （昭・平・令 　 年　　　月） |
|  |  | （昭・平・令 　 年　　　月） |
|  |  | （昭・平・令 　 年　　　月） |
| パソコンの操作について（いずれかの□にレ印） |
| 　◆Windowsの基本操作（□仕事で使用経験あり　□仕事で使用経験はないが日常使用している。）　◆Word、Excel、メール（□仕事で使用経験あり　□仕事で使用経験はないが日常使用している。）　◆その他に操作ができるもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 母子保健に係るボランティア歴などがあれば記入してください。 | 健康状態　（いずれかの□にレ印）* 良好
* 治療中等（　　　　　　　　　　　）
 |
| 志望動機 |  |
|  |
|  |
|  |
| 自己ＰＲ |  |
|  |
|  |
|  |
| 作文 | 地方自治体における母子保健事業について、あなたの考えを述べてください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　**私は、杉並区会計年度任用職員採用選考を受験したいので、上記のとおり申し込みます。**

**なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当しておりません。**

**また、この申込書の記載事項について相違ありません。**

**令和　　年　　月　　日　　　氏　名（必ず自署してください）**

**申込書記入上の注意**

１　黒のペン又はボールペンで記入漏れがないように記入してください。

２　郵送で申し込む場合には、封筒の表面に「会計年度任用職員(短時間)【保健師・助産師・看護師】採用選考申込書在中」と赤字で明記し、必ず**簡易書留により郵送**してください。簡易書留によらないものの事故については責任を負いません。