

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

写 真

(縦 4 cm×横 3 cm)
最近 3 か月以内に
撮 影 した も の
(上半身脱帽の正面)
写真裏面に氏名を
記入してください。

採用区分	会計年度任用職員 (短時間)										保健師・助産師 ・看護師		
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	〒 ー ー ー			最寄駅		線					駅		
現住所													
連絡先①	ー ー ー ー ー					連絡先②		ー ー ー ー ー					
学 歴	学 校 名			学 部 学 科 名			在 学 期 間						
	現在 (最終)						昭・平・令 年 月から	卒 ー 年中退					
	その前						昭・平・令 年 月まで	卒見込 ー 年在学					
職 歴 (新しいものから順に主な職歴を記入してくだ)	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 ー 年 ー 月 ～昭・平・令 ー 年 ー 月					
	その前						常 勤 ・ 非 常 勤 ・ その他()	昭・平・令 ー 年 ー 月 ～昭・平・令 ー 年 ー 月					
							常 勤 ・ 非 常 勤 ・ その他()	昭・平・令 ー 年 ー 月 ～昭・平・令 ー 年 ー 月					
							常 勤 ・ 非 常 勤 ・ その他()	昭・平・令 ー 年 ー 月 ～昭・平・令 ー 年 ー 月					
							常 勤 ・ 非 常 勤 ・ その他()	昭・平・令 ー 年 ー 月 ～昭・平・令 ー 年 ー 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) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 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。