

試験区分	受験番号
介護支援専門員	

※記入の際は、消せないボールペンで記入してください。  
(消せるボールペンで記入している場合は受付できません。)

## 会計年度任用職員（介護支援専門員）採用試験申込書

(令和 年 月 日 現在)

フリガナ		<b>写 真</b> <small>(タテ 4.0 cm × ヨコ 3.0 cm)</small> ・上半身、脱帽、正面 向きで 3 ヶ月以内に 撮影したもの
本人氏名		
保護者氏名	※申込時において、本人が未成年者の場合のみ記入	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ	
現住所	〒 (      -      )
電話番号(自宅)	
電話番号(携帯)	
フリガナ	
連絡先	※ 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 〒 (      -      )
電話番号	

年 月	学 歴 ・ 職 歴 ※1
年 月	中学校卒業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※1 学歴・職歴欄は、主な学歴・職歴を記入してください。  
 職歴(学校卒業後のアルバイト、在家庭等も含みます。)は、申込日現在で記入してください。  
 上記に書ききれない場合は、適宜、別紙を作成して提出してください。

受験番号

氏名

取得（見込）年月	資 格 ・ 免 許
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

## 勤務可能な条件の確認

勤 務 条 件		可・不可（どちらかに○をつけてください）
勤 務 日	月曜日から金曜日（祝日を除く）	<del>可</del> ・ <del>不可</del>
	土・日・祝日を含む週5日（シフト制）	<del>可</del> ・ <del>不可</del>
	夜間勤務（午後9時まで・週1回程度）	<del>可</del> ・ <del>不可</del>

〔通勤方法〕 電 車（最寄り駅  ） ・ バス（最寄の停留所  ）  
 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他（  ）

〔通勤時間〕 約  時間  分

※ 市役所庁内勤務になった場合の通勤方法・通勤時間を書いてください。

〔通勤方法〕については該当箇所を○で囲んでください。

〔長所・短所〕

〔趣味・特技〕

〔その他何かあれば記入してください。〕

受験番号

氏名

[志望動機・自己PRについて。自筆鉛筆書き400字程度で記入してください。]

※ この枠内で記入してください。

泉大津市長 様

私は、泉大津市面接相談員会計年度任用職員採用試験要領に記載された勤務条件等の事項について承諾の上、下記のとおり当該採用試験に申込みいたします。

氏名 \_\_\_\_\_