

試験区分	受験番号
介護保険認定調査員	A-

※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。)

泉大津市会計年度任用職員（介護保険認定調査員）採用試験申込書

(令和 年 月 日 現在)

フリガナ		写 真 (タテ4.0cm×ヨコ3.0cm) ・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

A-

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）	可 ・ 不可
	土・日・祝日を含む週5日（シフト制）	可 ・ 不可
	夜間勤務（午後9時まで・週1回程度）	可 ・ 不可

〔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

A -

[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、泉大津市会計年度任用職員（介護保険認定調査員）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 _____