

受付番号

北区会計年度任用職員（介護保険課・事務補助）申込書

年 月 日作成

ふりがな			顔写真添付 (3 cm × 4 cm)
氏 名			
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 歳)	
電話番号	平日の日中連絡可能な電話番号		
住 所	〒 ー		
	自宅最寄り駅： 線 駅		
	(駅までの交通手段：バス・自転車・徒歩・その他 分)		
< 申込希望 > 該当する□に✓してください。		< 北区における申込状況 > 該当する□に✓してください。	
☐ 介護保険課事務補助 (4週12日)		☐ 介護保険課のみ ☐ 介護保険課以外も併願 部署名 _____	
< パソコンの使用 > 該当する□に✓してください。			
☐ Wordを使用したことがある		☐ Excelを使用したことがある	
☐ 単純な入力作業が行える		☐ その他	
< 志望動機 >			
< 活用したい能力・経験等 >			

最終学歴	大学・短大			学部	学科
	高校・中学				
職歴 ※上から新しい順に記入のこと	年	月	職歴		
資格等	年	月	資格・免許		
< 欠格事由に関する申告 > 以下の地方公務員法第 16 条に定める採用に関する欠格事由に該当しない場合は、□にレ印を記入してください。					
☐ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者					
☐ 北区において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から 2 年を経過しない者					
☐ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入した者					