

令和7年度 美濃市会計年度任用職員申込書 兼 登録書

1 6か月以内、脱帽、上半身 正面縦で撮影し、本人と確認できるもの
2 申込時に写真をはり提出。

このたび、美濃市会計年度任用職員に採用されたく、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日 提出

1 氏名(ふりがな)	2 生年月日・年齢・性別 <input type="checkbox"/> 男 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 平成 年 月 日生 年齢 歳(申込時)	希望職種 美濃病院 保健師	整理番号(記入しないでください)	
3 (ふりがな)(同居人の場合は、同居先も書いてください。) (〒 -) (電話 市外局番 局 - 番) (携帯)				
4 (現住所以外に連絡先があればその連絡先) (〒 -) (電話 市外局番 局 - 番) (携帯)				
5 学歴(最終学歴から順に2つまでを書いてください。所在地は市町村まで書いてください。)				
学校名	学部科名	所在地	期間	学年を記入し、○で囲んでください
最終			年 月から 年 月まで	学年 卒・卒見・在・中退
(その前)			年 月から 年 月まで	学年 卒・卒見・在・中退

6 職歴 新しいものから順に詳しく書いてください。(自営業も含まれます。書ききれない場合は別紙にて添付してください。)						
勤務先	部署名	所在地	在職期間	職務内容	給料	備考
			年 月～ 年 月		円	
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
7 検定、資格免許(医師・薬剤師・看護師・保健師免許その他)を有する人は記入してください。						
名称	種類	取得年月日	資格・免許等の認定、交付機関			
8 志望の動機				9 自己紹介文		
10 次の質問に答えてください。						
(1)かつて、禁こ以上の刑に処せられたことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(2)かつて美濃市において、懲戒免職になったことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(3)日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊すること主張する政党や団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		

記入上の注意事項

- ・黒のボールペン等で記入してください。
- ・□の該当するものにチェック レ印を付けてください。
- ・数字は算用数字を用い、※の欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。
- ・記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- ・必ず受験者本人が記入してください。