

渋谷区会計年度任用職員採用選考申込書

職名	子ども発達相談センター専門相談員（作業療法士）		
ふりがな			
氏名	(氏)	(名)	
現住所	郵便番号 _____ - _____	生年月日	昭・平 年 月 日生 () 歳 年齢は令和4年4月1日現在
	ふりがな		
	都 道 府 県		
電話番号			
最終学歴	学校名・学部学科名	在 学 期 間	
		年 月から	卒・卒見込 年 月まで 年次中退
職歴 (新しい順に上から)	在 職 期 間	勤 務 先 名	職 務 内 容
	年 月から 年 月まで		正規 臨時・非常勤
	年 月から 年 月まで		正規 臨時・非常勤
	年 月から 年 月まで		正規 臨時・非常勤
	年 月から 年 月まで		正規 臨時・非常勤
資格免許	名 称	取 得 年 月 日	パソコンスキル
		年 月 日 取得・取得見込	理由： <input type="checkbox"/> 上級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 初級
		年 月 日 取得・取得見込	
	年 月 日 取得・取得見込		
志望動機			
自己PR			
兼業予定	<input type="checkbox"/> あり→ 兼業予定「あり」の場合、兼業先、業務内容、従事頻度（日数・時間）を記入 <input type="checkbox"/> なし		

写真貼付欄
縦4cm×横3cm
・上半身脱帽正面
・最近3ヶ月以内に撮影したもの

私は、渋谷区会計年度任用職員採用選考を受験したいので申し込みます。なお、私は採用選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たし、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、この申込書のすべての記載内容は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(自署してください。)