

伊根町会計年度任用職員 任用申込書

| | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ※ 登録番号 | | | ※ 令和 年 月 日受付 |
| フリガナ 氏 名 | | | 写真貼付 (縦4cm×横3cm) |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | 性別 男 ・ 女 | |
| 現住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 — — | | |
| 通知等 送付先 | 現住所以外への通知・連絡を希望する場合のみ記入してください。 〒 | | |
| | 電話番号 — — | | |
| 希望職種 | 運 転 手 | 希望する職種番号 アルファベットと数字を 記載してください。 | S - 1 |
| 希望担当課 募集人数の内訳に 記載された所属課 を記載してください。 | | | <input type="checkbox"/> 特に希望無し |
| 希望勤務日 | <input type="checkbox"/> 週5日勤務可能 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) 例: 「週○日、○曜日勤務可能」 | | |
| 勤務可能時間 | 時 分 ~ 時 分 | | |
| 通勤手段 | <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 | | |
| 最終学歴 | 学校・学科 | 在学期間 | 在学期間 |
| | | 年 月 ~ 年 月 | 卒・卒見込 中退・修了 |
| 伊根町会計年度 任用職員の 勤務経験 | <input type="checkbox"/> 経験あり <input type="checkbox"/> 経験なし 経験なしの場合は、別紙に職歴を記載してください。 | | |
| 資格免許 資格等を要する職 種の場合は、右記 欄に記載してくだ さい。 | 名称 | 取得年月 | |
| | | 年 月 取得・取得見込 | |
| | | 年 月 取得・取得見込 | |
| 健康上配慮して欲しいこと等があれば記載してください。 | | | |

※欄は記載しないでください。

