

会計年度任用職員選考申込書

職 種	ファミリーサポートセンターアドバイザー		
ふりがな			
氏 名	⑩		
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	
ふりがな			
現 住 所	〒 TEL		
ふりがな			
連 絡 先	〒 ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 TEL		

写 真

3 か月以内に撮影したもので、上半身脱帽正面向きのもの

サイズ
タテ… 4 ～ 4. 5 cm
ヨコ… 3 ～ 3. 5 cm

期 間	学 歴（最終学歴のみ）	該当するものを○で囲む
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		_____ 学年 卒 卒見込 中退 終了

期 間	職 歴（最近のものから順に記入すること）	退 職 理 由 等
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		
S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで		

※行が不足する場合は、職務経歴書（A 4 サイズ、様式は自由）を添付して構いません。

資格・免許について

自動車運転免許	あり ・ なし	自動車での通勤	できる ・ できない
※該当する全てに✓してください	☐ 保育士 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 社会福祉士 ☐ その他 ※子育て支援に携わった経験がある場合はこちらに記入してください 		

※資格を有することを証する書類の写しを添付してください。

応募理由について（それぞれ記入してください。）

志 望 動 機	
地域子育て支援において自分ができること	

緊急連絡先 (本人以外で連絡 の取れる人)	住所	〒		
	氏名		電話番号	

※申込書は手書きの場合、ボールペンまたは万年筆で記入すること（鉛筆や消えるペンは不可）。