

会計年度任用職員選考申込書

職 種	子育て支援センター指導員 6.5 時間		
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
<p>子育て交流・支援センター指導員に関連する資格</p> <p>※該当する全てに✓してください</p>	<div> <input type="checkbox"/> 保育士  <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭  <input type="checkbox"/> 看護師  <input type="checkbox"/> 保健師  <input type="checkbox"/> 社会福祉士  <input type="checkbox"/> その他 </div> <p>※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</p> <div style="border-left: 1px solid blue; border-right: 1px solid blue; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>		

※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	
子育て支援に対する想いや保護者に寄り添う上で大切だと思うこと	

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）。