

鎌倉市会計年度任用職員（就学時健康診断事務員）採用試験申込書

受験番号	受付印
------	-----

[illegible]

賞 罰		
年 月	内 容	機 関
年 月		
年 月		
免 許 ・ 資 格		
名 称	取得（予定）年月日	取 得 機 関

応 募 動 機

勤 務 形 態	
勤務日	勤務が難しい曜日や日数の制限等がありましたら、ご記入ください。
勤務場所	勤務が難しい小学校や地域の制限等がありましたら、ご記入ください。
特記事項	配慮が必要な事項がありましたら、ご記入ください。

・仕事の性質上お伺いしますが、アレルギーはありますか。 どちらかに○ なし ・ あり ありの方は ⇒（ 消毒液・ゴム手袋・その他 ）	・記録事務の従事経験はありますか。 どちらかに○ なし ・ あり ありの方は ⇒ 内容は（ ）
---	--

本記載事項が事実であることを誓います。	
年 月 日	氏名（自署）