鎌倉市会計年度任用職員（就学時健康診断介助員）採用試験申込書

受験番号	受付印

ふりがな 氏　名	昭和・平成 年　　月　　日生
ふりがな （〒　　－　　） 住　所	写 真 上半身・脱帽・正面向き 最近６か月以内に撮影 たて４cm・よこ３cm 裏面に氏名を記入 （スナップ写真不可）
電話番号　（　　）－　　－ 携帯番号　　－　　－	
メールアドレス（任意）	
ふりがな 連絡先（上記以外の場合記載） 電話番号	

学　　歴（※義務教育である小・中学校の記載は不要）

在学期間	区分	在学年数	学校名	学部科名
年　月から 年　月まで				
年　月から 年　月まで				
年　月から 年　月まで				

職　　歴

在職期間	在職年数	勤務先名称	職務内容
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			
年　月から 年　月まで			

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。 どちらかに〇　　なし　　・　　あり ありの方は ⇒（ 消毒液・ゴム手袋・その他　　）	・集団で実施する健康診断の従事経験はありますか。 どちらかに〇　　なし　　・　　あり ありの方は ⇒ 業態は（ 学校・病院・その他　　）

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿