かまくらっ子発達支援サポーター採用試験申込書

申込番号
受付印

フリガナ		昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
氏　名		

フリガナ		**写　真** **(縦5cm･横4cm)** 上半身･脱帽･正面向きで最近6カ月以内に撮影した写真 写真の裏面に氏名を記入したものを貼付すること
住　所	(〒　－　)	
電話番号	自宅電話(　　)　－	
	携帯電話(　　)　－	
e-mail		
連絡先	（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	
電話番号		

学　　歴

在学期間	区分	在学年数	学校名	学部名
昭･平･令　年　月	卒業		中学校	
昭･平･令　年　月から 昭･平･令　年　月まで				
昭･平･令　年　月から 昭･平･令　年　月まで				
昭･平･令　年　月から 昭･平･令　年　月まで				
昭･平･令　年　月から 昭･平･令　年　月まで				

免　許　・　資　格

名　　称	取得年月日	取得機関
かまくらっ子発達支援サポーター フォローアップ講座修了証		鎌倉市発達支援室

賞　　罰

年月	内容	機関
昭･平･令　年　月		
昭･平･令　年　月		

職　　歴

在 職 期 間	在職年数	雇用形態 (非常勤の場合は 日数を記入)	勤務先名 (所在地)	職務内容
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 ヶ月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 ヶ月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 ヶ月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 ヶ月			

応 募 動 機

勤 務 形 態

勤務可能日数	l ヶ月　　日	希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
希望時間	午前　　時　　分　から　午後　　時　　分　まで		
勤務可能場所	小学校 ・ 中学校 ・ 幼稚園 ・ 保育園		
特記事項	配慮が必要な事項がありましたらお書きください。		

私は応募要項に掲載してある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。
また、鎌倉市発達支援室会計年度任用職員として採用されたときは、日本国憲法及び法律を尊重し、
誠実かつ公正に職務に従事することを誓います。

令和　　年　　月　　日　　氏名