受験番号
受付印

発達支援室 発達支援専門員採用試験申込書

(　心理士･作業療法士･言語聴覚士　)

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(　　)　－	
フリガナ		
連絡先	(〒　－　)	
緊急連絡先		

学　　歴

在学期間	区分	在学年数	学校名	学部名
昭･平　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

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 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			
昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	年 か月			

所 属 団 体 (学会・研究会等)

勤 務 形 態

日数	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		

賞　　罰

年 月	内 容	機 関
昭・平・令　年　月		
昭・平・令　年　月		

氏名：

応募の動機

得意としている分野

経験している諸検査

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