

三原村会計年度任用職員登録申込書

登録有効期間: 令和4年1月17日～令和4年3月31日

希望する職	第1希望	職番号		第2希望	職番号				
ふりがな						性別			
氏名	Ⓜ					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(R4.1.17現在) 満	歳			
現住所	〒 (アパート等の場合は名称・号室まで) TEL 携帯								
学歴 (最終学歴から順次記入してください)	卒業(見込)年月日		学 校 名		学部・学科・専攻				
	年	月	日						
	年	月	日						
職歴	在 職 期 間		勤務先名称等		就労の形態		職務の内容		
	年	月	日から		正規・パート				
	年	月	日まで		その他()				
	年	月	日から		正規・パート				
	年	月	日まで		その他()				
	年	月	日から		正規・パート				
	年	月	日まで		その他()				
免許資格等	取 得 年 月 日		免許・資格等の名称			資格等に取扱期間がある場合はその期間			
	年	月	日						
	年	月	日						
志望の動機						趣味・特技等			
任用通知送付先住所	(任用通知等を上記住所と異なる住所に送付を希望する方のみ記入してください) 〒								
署名欄	私は、三原村会計年度任用職員選考試験の登録を申込みます。 私は、募集要項に掲げてある受験資格のすべてを満たしています。 また、申込書(経験を含む)及び提出書類のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自筆) Ⓜ								
注意事項	・申込書はA4サイズで印刷のうえ、自筆で記入してください。 ・記入は、黒ボールペンを用い楷書で記入し、数字は算用数字で正確に書いてください。 ・連絡先住所欄は、三原村役場 住民課 保健衛生係から連絡する場合がありますので、連絡の取れる連絡先を記入して ・記入漏れがある場合は、受付できない場合があります。(職歴等は正確に記入してください) 【問い合わせ先・三原村役場 住民課 保健衛生係 TEL0880-46-2111】								

(写真)
3ヵ月以内に撮影した
もの。
上半身正面脱帽で顔
がはっきりわかるもの。

(縦4cm×横3cm)