

(No. —)

登録希望職種等 ◆ グループ名		職種名	(ふりがな)		写 真	
1 事務	〔	〕	氏 名		無帽、上半身、正面 縦 3.5～4.0cm 横 3.0～3.5cm	
2 技能・労務	〔		(S ・ H 年 月 日 生)			
3 教育・保育	〔		満 歳			
4 医療・保健・福祉	〔		希望する事業所			
5 その他専門職種	〔		1 市役所 2 総合病院			
※ 募集要項を参考に、希望するグループ名を○で囲み、()に職種名を記入してください。 ※ 複数グループ及び職種の登録が可能です。			※番号に○を記入(複数選択可)。 ※希望に添えない場合もあります。		(受付印)	
			※障がい者枠での選考を希望される方は、手帳種別番号を記入してください。			
			手帳種別	手帳番号		
住 所		〒 電話 ー				
連 絡 先 (上記以外の場合)		〒 電話 ー				
最終 学歴	学 校 名		学部・科名		期 間	区 分
					S ・ H ・ R 年 月	入学
職 歴 (書ききれない場合は任意様式で可)	勤務先会社名、 勤務先住所(市区町村まで記入)		職務内容		在 職 期 間	
					週 の勤務時間 ※大栗市役所(総合病院含む)で勤務していた場合のみ記載	
					H ・ R 年 月 から H ・ R 年 月 まで 週 時間勤務	
					H ・ R 年 月 から H ・ R 年 月 まで 週 時間勤務	
					H ・ R 年 月 から H ・ R 年 月 まで 週 時間勤務	
					H ・ R 年 月 から H ・ R 年 月 まで 週 時間勤務	
資 格 ・ 免 許 (書ききれない場合は任意様式で可)	名 称		取得・登録年月日		名 称	
					取得・登録年月日	
			S ・ H ・ R . .		普通自動車運転免許 (有 ・ 無) S ・ H ・ R . .	
			S ・ H ・ R . .		S ・ H ・ R . .	
		S ・ H ・ R . .		S ・ H ・ R . .		
私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項(裏面参照)に該当していません。 また、申込書記載事項に相違ありません。						
令和 年 月 日 氏 名 (自署)						
※ 市役所記載欄 番号 ー ー 年 月 ～ 年 月 任用 課 施設名()						

＜志望動機＞

.....

.....

.....

.....

<自己PR>

＜健康状態＞勤務や試験に関して配慮を必要とすることがあれば記入してください。

.....

.....

＜希望勤務形態＞（□に^レを記入してください）

勤務日に条件等がありますか。 □特になし □土、日、祝以外 □その他（ ）

勤務時間に条件等がありますか。 □特になし □あり → 勤務可能時間（ 時 分 ～ 時 分）

収入に制限はありますか。 □制限なし □扶養の範囲内 □その他（ ）

どの程度の勤務を希望されますか。（複数選択可）

☐ 週38時間45分（フルタイム）勤務
☐ 週35時間勤務
☐ 週20時間以上週35時間未満の勤務（1日 時間 ・ 週 日希望）
☐ 週20時間未満勤務（1日 時間 ・ 週 日希望）

- ◆ **職種によっては、免許・資格が必要なものがあります。詳しくは、募集要項にてご確認ください。**
- ◆ **保育士資格をお持ちの方**
保育士業務に就くためには「保育士」として都道府県知事に登録し、「保育士証」の交付を受ける必要があります。
【問合せ先:こども未来課 ☎0790-63-3114】
- ◆ **小中学校、幼稚園教諭等の教諭免許をお持ちの方**
教員免許を要する職に登録する場合で、本登録申込書を提出時点において教員免許を失効(教員免許更新制度の見直しに伴う失効に限る)している方は、県教育委員会に再授与申請手続きを行い有効期限のない免許状を受ける必要があります。
【問合せ先:学校教育課 ☎0790-63-3118 及び こども未来課 ☎0790-63-3114】
- ◆ **障がいのある方**
身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳の番号及び手帳の種別を表面に記入してください。
- ◆ **欠格条項とは(抜粋)**
(1) 禁こ以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
(2) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者