

令和8年度 岐阜県会計年度任用職員
(健康管理専門職)
採用選考申込書

[写真欄]

写真は申込前6カ月以内に帽子をつけずに上半身正面向きを撮った縦5.5cm×横4.5cmのもので本人と確認できるものを貼り付けてください。

| | |
|----|----------------------|
| 所属 | 障がい者職業能力開発校 |
| 職名 | 健康管理専門職(精神保健福祉業務専門職) |

※以下について、必要事項を記入するとともに、該当する□に「✓」を記入してください。

| | | |
|---|--|-------------------|
| 1 氏名(フリガナ) | | |
| | | |
| 2 生年月日・年齢 | | |
| 年 | 月 | 日生まれ 歳 (年 月 日現在) |
| 3 現住所(同居人の場合は、同居先も記入してください。) | | |
| (郵便番号 -) (電話 - -) (携帯電話 - -) | | |
| 4 連絡先(現住所以外の連絡場所がある場合は記入してください。) | | |
| (郵便番号 -) (電話 - -) (携帯電話 - -) | | |
| 5 学歴(高等学校以上を記入してください。なお、所在地は市町村名までを記入してください。) ※専門学校は、修業年限が2年以上の場合に限ります。 | | |
| ①現在又は最終 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校 | | |
| 学 校 名 | 学 部 科 名 | 所 在 地 |
| | | |
| 期 間 | 学 年 等 | |
| 年 月 から 年 月 まで | 学年 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 中退 | |
| ②その前 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校 | | |
| 学 校 名 | 学 部 科 名 | 所 在 地 |
| | | |
| 期 間 | 学 年 等 | |
| 年 月 から 年 月 まで | 学年 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退 | |

6 職歴(直近の職歴から順に記入してください)

| 年 | 月 | 職歴 |
|---|---|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7 資格・免許

| 年 | 月 | 資格・免許 |
|---|---|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

8 志望動機・自己PR・その他

[志望動機・自己PRについて記入してください]

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| 通勤時間 | 扶養家族(配偶者を除く) | 配偶者 | 配偶者の扶養義務 |
|--------|--------------|---|---|
| 約 時間 分 | 人 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

9 本人希望記入欄(特に報酬・勤務時間・業務内容等についての希望などがあれば記入してください。)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

(宣誓欄)

私は、採用選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、申込書についてのすべての記載事項に相違ありません。

年 月 日 申込者氏名(自筆)
