

紀南地方老人福祉施設組合

会計年度任用職員選考申込書

※ 受験番号					脱帽正面向上半身  3ヶ月以内 撮影の写真添付  3.5 cm × 3 cm
受験職種 職種に○して下さい	介護職員	調理員	介助員	看護職員	
	事務員	生活相談員	宿直員	( )	

氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日生		性別
			年4月1日現在 満 歳		
現住所	〒 -				電話番号
連絡先	〒 -				電話番号
	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)				
最終 学歴	学校名	学部学科名	在学期間		該当を○で囲む 卒業・中退 卒業見込み
			年 月から 年 月まで		
職歴	勤務先	業務内容	期間		退職理由
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
資格 ・ 免許等	取得年月	資格・免許等の名称			

私は、紀南地方老人福祉施設組合会計年度任用職員採用試験を上記により受験をしたいので申し込みます。

当該募集職種に係る資格要件を全て満たすと共に、地方公務員法第16条の規定にも該当していません。

また、この申込書に記載している事項については、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

印

## 記 入 心 得

1. 記載事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。
2. ※印の欄への記入はいりません。
3. 記入は、黒インク又は黒ボールペンを用い、楷書でていねいに書いて下さい。  
数字は、算用数字を用い、ふりがなはカタカナで記入して下さい。
4. 地方公務員法第16条各号とは、次のとおりです。
  - (1) 成年被後見人又は被保佐人
  - (2) 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者
  - (3) 当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
  - (4) 日本国憲法の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