

# 加古川市会計年度任用職員（介護保険課）採用試験申込書

受付	※	ふりがな 氏名				男 ・ 女 (任意)	介護認定専門員 職種（○で囲む）	受験番号
							認定調査員	※
			昭和・平成 年 月 日				介護事務員	
			(複数選択可)					
現住所		〒 連絡先 [自宅](- - -) [携帯電話](- - -)					写真 ・申込前6ヶ月以内に撮影したもの ・上半身、正面像 ・縦4.0×横3.0cm	
結果通知送付先		〒 連絡先 [自宅](- - -) [携帯電話](- - -)						
学歴	学校名（高等学校以上）		学部・学科名	在学期間		正規修学年数	修学区分	
				年 月～年 月		年	卒業・卒見・修了	
				年 月～年 月		年	卒業・卒見・修了	
				年 月～年 月		年	卒業・卒見・修了	
職歴	勤務先			職務内容			在職期間	
							年 月～年 月	
							年 月～年 月	
							年 月～年 月	
							年 月～年 月	
							年 月～年 月	
資格・免許・研修	名称		取得（受講）年月日	名称			取得（受講）年月日	
	普通自動車運転免許（有・無）		年 月 日				年 月 日	
	県認定調査員研修受講（有・無）		年 月 日				年 月 日	
			年 月 日				年 月 日	
パソコン経験	① 使用頻度		週（　　日）程度					
	② 基本操作について		文字入力程度・文書作成可能					
	③ 使用できるソフト		WORD・EXCEL・その他（　　）					

裏面も記入してください。

志望動機（加古川市の介護認定専門員に応募した理由）※字数は問いません。

---

---

---

---

---

---

自己PR（介護認定専門員の業務で活かせる能力・資質等）※字数は問いません。

---

---

---

---

---

---

私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。

また、この申込書における全ての記載内容は事実に相違ありません。

令和　年　月　日　　氏名（自署）

【欠格条項（抜粋）】

- ①拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を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

〔記入上の注意〕

- 1 記入は、すべて本人の自筆により、黒のボールペン等で記入してください。
- 2 ※印欄以外は、すべて記入してください。（該当のない場合は「なし」と記入してください。）
- 3 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。