加古川市教育委員会会計年度任用職員（医療的ケア看護師）

採用試験申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込職種 | 　医療的ケア看護師（養護学校） |  ※受　付 |  | ※受験番号 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 |  昭和 平成  | 年　　月　　日 | 性 別 | 男・女 | 写　真縦4cm×横3cm※ 写真の裏面に氏名を記入し、　貼付してください |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　-　　　連絡先 [自　　宅]（ 　　　　‐　　　　‐　　　　 ） [携帯電話]（ 　　　　‐　　　　‐　　　　 ） |
| 学　歴 | 学 校 名（**高等学校以上**） | 学部・学科 | 在学期間 |
|  |  | 年　　月 | ～　　　　年　　月  |
|  |  | 年　　月 | ～　　　　年　　月  |
|  |  | 年　　月 | ～　　　　年　　月  |
| 職　歴 | 勤 務 先 | 職務内容 | 期　　間 |
|  |  | 年　　月～ | 年　　月  |
|  |  | 年　　月～ | 年　　月  |
|  |  | 年　　月～ | 年　　月  |
| 資格免許 | 名　称 | 取得年月日 | 名　称 | 取得年月日 |
| 普通自動車運転免許( 有・無 ) | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
| 看護師免許 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
| 通勤方法 | １　自動車　　　　２　自動二輪車・原動機付自転車　　　３　自転車・徒歩４　電車・バス　（　　　　　～　　　　　）　　５　その他（　　　　　　　　　　　）　　 |
| 次の事項にお答えください（該当するものには○を付けてください。）。 |
| ① 健康状態について |
| 【 １ 良 好 ・ ２ その他（ ） 】 |
| ② 親族に、現在、加古川市立の学校園に通学（園）、または、勤務している人はいますか（兄弟姉妹・子・孫・甥姪 等）。 |
| 【 １ い る（学校園名等を下表に記入してください） ・ ２ いない 】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校園名 | 該当するものに○ | あなたとの続柄 | 学校園名 | 該当するものに○ | あなたとの続柄 |
| 小・中・幼 | 通学（園）・ 勤務 |  | 小・中・幼 | 通学（園）・ 勤務 |  |

 |

　　裏面に続きます↓

|  |
| --- |
| ⑤ 志望動機（医療的ケア看護師に応募した理由）や自己PRを記入してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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）　　　　　　　　　　　　　 |

【 記入上の注意 】

（1）　記入については、黒のボールペン等を使用してください。

（2）　※印欄以外は、すべて記入してください。

（3）　職歴は直近のものから３つまで記入してください。

【 所管課記入欄 】　※ 記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | 内　　　容 | 雇　用　期　間 | 勤 務 場 所 | 通勤距離（片道） |
| ．　． |  | ．　．　 ～　　．　． |  | ㎞ |
| ．　． |  | ．　．　 ～　　．　． |  | ㎞ |
| ．　． |  | ．　．　 ～　　．　． |  | ㎞ |
| ．　． |  | ．　．　 ～　　．　． |  | ㎞ |
| ．　． |  | ．　．　 ～　　．　． |  | ㎞ |
| 　備　考 |

加古川市教育委員会