

**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（フルタイム） 加古川養護学校		※ 受 付		※ 受験番号	
ふりがな			生年月日	昭和 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				平成 年 月 日		
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		勤務形態	期 間
					正規・ 非正規	年 月～ 年 月
					正規・ 非正規	年 月～ 年 月
					正規・ 非正規	年 月～ 年 月
					正規・ 非正規	年 月～ 年 月
資格免許	名 称		取得年月日		名 称	
	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○
小・中・幼		通学（園）・勤務		小・中・幼		通学（園）・勤務

裏面に続きます↓

③ 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と相違ありません。

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)
. .		. . ~ . .		km
. .		. . ~ . .		km
. .		. . ~ . .		km
. .		. . ~ . .		km
. .		. . ~ . .		km

備 考