

八王子市会計年度任用職員選考申込書
(障害福祉サービス事業所等検査専門員)

年 月 日	
受験番号	(記入不要)

私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しておりませんので、
八王子市会計年度任用職員選考に申込みをします。

年 月 日 (申込書記入日) 氏 名

<div>【顔写真貼付欄】</div> <div>枠内に顔写真を貼ってください</div> <div>(タテ 4cm ヨコ 3cm 正面・脱帽)</div>	ふりがな		性 別
	氏 名		男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
	ふりがな		
	現住所	(〒 -)	
	連 絡 先	(自宅) (携帯電話) (FAX) (その他) (メール)	(方)
資 格 ・ 免 許	昭和 年 月		
	平成 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
学 歴	昭和 年 月		中学校卒業
	平成 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		

職 歴	期 間	会 社 名	仕 事 内 容
	年 月) 年 月		
	年 月) 年 月		
	年 月) 年 月		
	年 月) 年 月		
	年 月) 年 月		
	年 月		
志 望 の 動 機			
自 己 P R			