受付番号＿＿＿＿＿＿

令和５年度　関川村会計年度任用職員任用希望者登録申請書

関川村会計年度任用職員任用希望者の登録を申請します。

関川村長　加藤　弘　様　　令和　　年　　月　　日

写真貼付欄 申請前６か月以内に脱帽、正面向きで上半身を撮った縦４cm、横３cmのサイズのもの	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	（押印不要）
	生　年　月　日	昭和・平成　　年　　月　　日　（満　　歳）
	フ リ ガ ナ	
	住　　所	〒　　－
	電話番号（自宅）	－　　－
	電話番号（携帯電話）	－　　－

希望職種（希望職種の左にある□に✓をつけてください。） **複数選択可** **※今後、予算や事業変更により希望職の勤務条件が変更になる場合があります。**	本庁舎	保育園
	□事務補助 □介護認定調査員 □関川診療所の事務補助 □看護師 □運転員兼用務員 □用務員　□保健師 □栄養士　□管理栄養士 □歯科衛生士　□社会福祉士 □施設管理員 □（　　） □（　　）	□保育士（ □7時間勤務・□延長保育 ・□代替） □保育士補助（ □延長保育 ・□代替 ） □子育て支援センター兼学童保育補助員 □保育園補助員 □調理師 （資格 □有 □無 ） □学童保育指導員 □学童保育補助員 （□A・□B・□C） □（　　）

	学校名	在学期間	該当を○で囲む
学歴	最終	年　月～　年　月	卒・卒見込・中退
	その前	年　月～　年　月	卒・中退

	勤務先	在職期間	身分	職務
職歴	直近	年　月～　年　月		
	その前	年　月～　年　月		
	その前	年　月～　年　月		
	その前	年　月～　年　月		

免許・資格 **（免許証等の写しを提出してください）**		
		昭和･平成･令和　年　月　日 取得
		昭和･平成･令和　年　月　日 取得
		昭和･平成･令和　年　月　日 取得
		昭和･平成･令和　年　月　日 取得

志望動機・健康上配慮して欲しいこと・その他	パソコンについて（事務希望の方のみ） ①　ワードで簡単な文章を作成できますか？　はい・いいえ ②　エクセルで簡単な表計算できますか？　はい・いいえ

障がいのある方	※身体・精神障害者手帳をお持ちの方で、仕事をする上で職場の配慮が必要な方はご記入願います。 ※障がい者区分での任用を希望される方は、必ずご記入願います。 □身体□知的□精神（　種　級　障害名：　）