

柏市会計年度任用職員採用選考受験申込書
療育支援専門員（言語聴覚士）

写真貼付欄

- 縦 4 cm × 横 3 cm
- 申込前 6 か月以内に撮影
- 脱帽・上半身・正面向きで本人と確認できるもの
- スナップ写真は不可

ふりがな				
氏名	姓			名
生年月日	昭和・平成	年	月	日
			性別	男・女
住所	〒		—	
			電話	()
				携帯電話
				()
年		月		学 歴（高等学校以上の学歴を記入）
年	月			
年	月			
年	月			
年	月			
年	月			
年	月			
年	月			
年	月			
職 歴				
年	月	勤務先	就労形態	職務内容
年	月		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月			
年	月		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月			
年	月		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月			
年	月		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月			
年	月		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> ()	
年	月			

免 許 ・ 資 格			※○を付す
年	月	言語聴覚士免許 (※免許証の写しを添付のこと)	取得 取得見込
年	月		取得 取得見込
年	月		取得 取得見込
年	月		取得 取得見込
希望する勤務条件 ※希望する全ての口に、チェックを付してください。			
希望する勤務日数： <input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日			
勤務可能な曜日： 月・火・水・木・金			
その他の希望 ()			
パソコン操作 ※該当する口に、チェックを付してください。			
Word	<input type="checkbox"/> 入力などの簡易な操作が可 <input type="checkbox"/> 使用不可		
Excel	<input type="checkbox"/> 入力などの簡易な操作が可 <input type="checkbox"/> 使用不可		
健康状態 (継続して通院治療を受けている傷病等・障害の有無について記入)			
採用選考受験に当たり伝えておきたい事項 (希望, 留意事項等)			
<p>私は、柏市会計年度任用職員採用選考試験を受験したいので申し込みます。 私は、会計年度任用職員(パート職員)募集案内に掲げる受験資格を全て満たしており、また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">(自署のこと)</p>			