

大江町会計年度任用職員採用試験申込書

ふりがな		性 別	受験番号	※
氏 名		男・女	試験区分	
生年月日	年 月 日	年 月 日現在 (満 歳)	顔写真貼付欄	
現住所 〒			上半身・脱帽・正 面向きで申込み 6 月以内に撮影した もの。 縦 4 cm×横 3 cm 裏面に氏名を記入	
電話				
試験通知連絡先 〒				
電話				
学歴(最終学歴から小学校までについて、最近のものから記入してください)				
学校名	学部科名	所在地	在学期間	修学区分
(現在・最終)			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	
(その前)			年 月～ 年 月	
(その前)			年 月～ 年 月	
職歴(今までの勤務の経験を記入ください。自営業を含みます。)				
勤務先名称	所在地	職務内容	在職期間	退職理由
(現在・最終)			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	
(その前)			年 月～ 年 月	

賞 罰 内 容			事実発生年月日		機 関	
免許・資格 名称		取得年月日	免許・資格 名称		取得年月日	
志望の動機						
自己PR						
健康状態		得意分野				
好きなスポーツ・文化活動						
障害者手帳等の交付を受けている方のみ記入してください。(障害者手帳等の写しを添付ください)						
障 害 名				等 級		
動作制限						
私は、 年度大江町会計年度任用職員採用試験を受験したいので申込みいたします。なお、記載事項のすべては事実と相違ありません。						
年 月 日						
氏名						
印						