

(様式第1号)

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	令和5年4月1日現在 (満 歳)		顔写真貼付欄 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4cm×横3cm 裏面に氏名を記入
現住所 〒		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	
志 望 の 動 機					
自 己 P R					
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、令 和 5 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 ぬ。					
令和 年 月 日					
氏 名					
Ⓔ					

