

※記入の際は、消せないボールペンで記入してください。
(消せるボールペンで記入している場合は受付できません。)

試 験 区 分	受 験 番 号
介護給付適正化業務専門員	Bー

泉大津市会計年度任用職員（介護給付適正化業務専門員）採用試験申込書

(令和 7 年 月 日 現在)

フリガナ		<div>写 真</div> <div>(タテ 4.0 cm × ヨコ 3.0 cm)</div> <div>・ 上半身、脱帽、正面 向きで 3 ヶ月以内に 撮影したもの</div>
本人氏名		
保護者氏名	※申込時において、本人が未成年者の場合のみ記入	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ	
現 住 所	〒 (-)
電話番号 (自宅)	
電話番号 (携帯)	
フリガナ	
連 絡 先	※ 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 〒 (-)
電 話 番 号	

年 月	学 歴 ・ 職 歴 ※1
年 月	中 学 校 卒 業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※1 学歴・職歴欄は、主な学歴・職歴を記入してください。
職歴 (学校卒業後のアルバイト、在家庭等も含みます。) は、申込日現在で記入してください。
上記に書ききれない場合は、適宜、別紙を作成して提出してください。

受 験 番 号
B—

氏 名	
-----	--

取得（見込）年月	資 格 ・ 免 許
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

勤務可能な条件の確認		
勤 務 条 件		可・不可（どちらかに○をつけてください）
勤 務 日	月 曜 日 から 金 曜 日 （ 祝 日 を 除 く ）	可 ・ 不可
	土 ・ 日 ・ 祝 日 を 含 む 週 5 日 （ シ フ ト 制 ）	可 ・ 不可
	夜 間 勤 務 （ 午 後 9 時 ま で ・ 週 1 回 程 度 ）	可 ・ 不可

〔通勤方法〕 電 車（最寄り駅 ） ・ バス（最寄の停留所 ）
・ 自 転 車 ・ 徒 歩 ・ その他（ ）

〔通勤時間〕 約 時間 分

※ 市役所庁内勤務になった場合の通勤方法・通勤時間を書いてください。
〔通勤方法〕については該当箇所を○で囲んでください。

〔長所・短所〕
〔趣味・特技〕
〔その他何かあれば記入してください。〕

受験番号

氏名

B -

〔志望動機・自己PRについて。自筆鉛筆書き400字程度で記入してください。〕

※ この枠内で記入してください。

泉大津市長 様

私は、泉大津市会計年度任用職員（介護給付適正化業務専門員）採用試験要領に記載された勤務条件等の事項について承諾の上、下記のとおり当該採用試験に申込みいたします。

氏 名 _____