

※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-

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	
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)
写真 (タテ 4.0 cm × ヨコ 3.0 cm) ・上半身、脱帽、正面 向きで3ヶ月以内に 撮影したもの	

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。

氏名	
----	--

受験番号
B-

取得（見込）年月	資格・免許
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 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>
	土・日・祝日を含む週5日（シフト制）	可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>
	夜間勤務（午後9時まで・週1回程度）	可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>

[通勤方法] 電車（最寄り駅） <input type="checkbox"/> ・バス（最寄の停留所） <input type="checkbox"/> ・自転車 <input type="checkbox"/> ・徒歩 <input type="checkbox"/> ・その他 <input type="checkbox"/>
[通勤時間] 約 <u>時間</u> 分
※ 市役所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