

育児休業代替任期付職員登録申込書（1/2）

必ず自筆で記入のこと
 選択は□にレ印、項目に○印をすること
 ※は記入しないこと

※登録番号	※受理年月日
※備考 育休代替	

申込年月日 年 月 日	職 種	写真貼付 ①縦4cm×横3cm ②上半身無帽、正面向きで、3か月以内に撮影したものに ③写真の裏面に氏名を記入すること
フリガナ	<input type="checkbox"/> 事務職	
氏 名	<input type="checkbox"/> 技術職 (土木・建築・化学 機械・電気)	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 保健師	
年 齢 満 歳 (申込時現在で記入)	<input type="checkbox"/> 保育士	
性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
現住所		
電話番号 自宅 () 携帯 ()		
連絡先 (現住所以外の連絡先を記入願います)		
電話番号 自宅・携帯 ()		

■経歴・職歴 (中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

始期	終期 (見込)	学校名・勤務先名等	学部・職務内容等
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		
年 月 日	年 月 日		

年	月	免許・資格等	<趣味、特技>		普通自動車運転免許
					有 ・ 無
			扶養親族数 (配偶者を除く。)	配偶者	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無	有 ・ 無

・技術職、保健師、保育士、管理栄養士、栄養士、作業療法士、言語聴覚士又は歯科衛生士の区分の方は、申込要件である免許・資格等を必ず記入してください。

私は、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される書類選考において本申込書が使用されることに同意します。	年 月 日 (署名)
---	-------------------

