

【健康づくり推進課保健師（本庁市民相談窓口）】

令和 年 月 日提出

(写真貼付欄)

写真は最近 6 か月以内に撮影したもので、本人単身、胸から上が写っているものを貼ってください。

■縦 30~40mm

■横 24~30mm

[illegible]

免許・資格等	取得年月日		免許・資格等の名称	
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
パソコン操作	アプリケーション名及び程度 ※募集要項中の記入要領参照			
	Word	Excel	その他	
	☐ 初級 ☐ 中級 ☐ 上級	☐ 初級 ☐ 中級 ☐ 上級		
趣味特技				
志望理由				
その他の希望等			配偶者	有 ・ 無
			扶養 家族数 配偶者除く	人
私は、募集要項に記載の応募資格を有し、この申込書に記入した事項は全て事実と相違ありません。 また、地方公務員法第 16 条に定める欠格条項のいずれにも該当していません。 令和 年 月 日 氏 名（自筆）_____				

※人事担当課 記入欄	受付日	令和 年 月 日	受付者	