

八女市会計年度任用職員(パートタイム)試験申込書

職種(施設管理業務)

※受験番号		ふりがな 氏名	性別(※記載は任意)	国籍 □日本国籍 □外国籍()		写真欄 写真の裏面に氏名を記入してください。 3か月以内に撮影 縦4cm×横3cm
〒() Tel() - ふりがな			生年月日 年 月 日生			
現住所			年齢 令和7年4月1日現在 満 歳			
緊急連絡先 TEL() -			※現住所で連絡のとれないときがある場合、 あなたに確実に連絡できる電話番号を記入 してください。(携帯電話番号も可)			
職歴(最近の勤務先)	(所在地(市区町村まで))	(在職期間) 自 年 月 ～至 年 月	(年数) 年 月	(在職・退職) □在職 □退職	(雇用形態) □正規 □臨時	(部課名・職務内容)
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
(その前)		自 年 月 ～至 年 月	年 月	退 職	□正規 □臨時	
学歴(最終学校名)	(所在地(市区町村まで))	(在学期間) 自 年 月 ～至 年 月	(学部名)	(学科名)		年制 □卒業 □卒業見込 □中退 □__年在学中
(その前)		自 年 月 ～至 年 月				年制 □卒業 □中退
身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を保有する方は次の欄に記入してください。						
手帳番号			交付年月日 年 月 日			
障害名及び 障害者等級 による級別	障害名			等級		
○ 試験当日、車椅子で来場される方などはご記入ください。 □車椅子 □その他必要な配慮()						

※印欄以外の必要事項はもれなく記入してください。 該当する□の中にレ印をつけてください。

資 格 免 許	資 格 ・ 免 許	取得年月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
特 技 特 性 詳細に 記入し てい		
所 属 クラブ・ボランティ ア 活 動 等		
志 望 の 動 機		
私は、会計年度任用職員募集要項の記載内容を了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。 なお、募集要項に掲げてある応募要件を満たしており、この申込書の記載事項はすべて事実と相違 ありません。 令和 年 月 日 八女市長 様 氏 名 _____ * 必ず本人が自書すること		