

練馬区会計年度任用職員（地域精神保健相談員） 採用選考 受験申込書

受験番号				<div>写 真</div> <div>縦 4 cm × 横 3 cm</div> <div>・ 上半身脱帽正面 ・ 最近 3 か月以内に撮影したもの</div>
ふりがな				
氏 名	(姓)	(名)		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	満 歳	(記入日現在)	
現 住 所	〒 電話番号【自宅】 () 【携帯】 - -			
郵 送 先 連 絡 先	※現住所と同じ場合は記入する必要はありません メールアドレス @			
最 終 学 歴	学校名	学部・学科名	卒業状況	
			年 月 卒業・卒業見込	
職 歴		勤務先（部・課まで）	業務内容	在職期間
	1			年 月 から 年 月 まで
	2			年 月 から 年 月 まで
	3			年 月 から 年 月 まで
	4			年 月 から 年 月 まで
	5			年 月 から 年 月 まで
	6			年 月 から 年 月 まで
資 格 免 許	名 称	取得年月日	取扱機関	
パ ソ コ ン 操 作	1. 未経験・できない 2. ワード・エクセルにより文書等の作成・保存・印刷ができる			
自 転 車	1. 乗ることができる 2. 乗ることができない			

(裏面に続きます)

