

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				写 真 縦4cm×横3cm ・上半身脱帽正面 ・最近3か月以内に撮影したもの
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 ※相談支援事業等の経験について必ずご記入ください	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)

氏名	
----	--

志望の動機 ・活用できるスキル ※書ききれないと場合は、別紙(様式自由)に記入して添付すること	

※以下の内容を確認し、相違ない場合は、□内にチェック（☑）を入れてください。

※「拘禁刑以上の刑」に処せられたこと、または「懲戒処分」もしくは「分限処分」を受けたこと（他自治体や民間企業を含む。例：交通事故やわいせつ行為等）についていずれかにチェック（☑）を入れてください。

なし

あり

私は練馬区会計年度任用職員（地域精神保健相談員）の採用選考を受験したいので、申し込みます。

この申込書の全ての記載事項は事実と相違ありません。

また、私は、地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当しません。

令和 年 月 日

氏名(自署)