練馬区会計年度任用職員(医療生活支援員)採用選考 受験申込書

基本情報

ふりがた	Ĵ.	5	主年月日				年	齡(R8.3.31時点)	
氏 名			昭和 平成	年	月	日生	Ē	歳	写真添付 縦4cm×横3cm 写真裏面には
									名前を記入
現住所 〒 (_)						•上半身
	ماد منا			_					•正面脱帽
	都道 府県		市区						
	府県		町村	Ī					
	ī						1		
電話番号	·:	()						
メールアドレス	.:			@	<u> </u>				

資格•免許

年	月	資格·免許名称

職歴・実習歴

概在"天首在					
年 月		職歴・研修受講歴・実習歴等 (臨時職員としての勤務経験を記入)			

勤務形態希望(希望する勤務時間時間に〇を付け、勤務日数を記載してください ※複数選択可)

_	対象の表現主では主アの対象が利用できます。								
	希望に〇	1日の勤務時間	月の勤務日数						
		6時間	日	(15~20日の範囲内で記載)					
		6時間30分	日	(14~19日の範囲内で記載)					
		7時間	日	(13~17日の範囲内で記載)					
		7時間45分	日	(12~16日の範囲内で記載)					

勤務可能地区(勤務可能地区に〇を付けてください ※複数選択可)

〇を付ける	地区名			
	練馬地区(〒176)			
石神井地区(〒177)				
	大泉地区(〒178)			
	光が丘地区(〒179)			

[※]電話番号とメールアドレスについて、お持ちの場合はどちらも記載をお願いします。

特記	耳(希望	等をあれば言	記載してくだる	さい。)				
如	420 / W.E.	- 旧本国に	妇士女子	■ 批なしでいては人はでもなった!				
祝佚	人近(※区)	4.保育園に	税族寺か仕	園・勤務している場合はご記入ください。)				
					例)練馬保育園に子(孫)が在園			
※ 親	のいる保育	育園での勤務	らはできません	ん。				
署名								
なお、	私は、練馬区会計年度任用職員(医療生活支援員)の採用選考に申し込みます。 なお、私は地方公務員法で選考を受けることができないとされる者に該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。							
令	ロ 年	月	日	氏 名(自署):				