

逗子市会計年度任用職員採用試験申込書・履歴書

受付印

写 真
上半身・脱帽
最近 3 ヶ月以内
のもの
縦 4 cm・横 3 cm

※受験番号

職 種 名	療育専門員(理学療法士)		
勤 務 日 数	週1日勤務(週7時間 15 分)		
ふりがな		性 別	国 籍
氏 名			(日本以外の人)
生 年 月 日	年(西暦 年) 月 日生 (2025年(令和7年)4月1日現在 満 歳)		
現 住 所	〒 — T E L () 携 帯 電 話 ()		
緊 急 時 連 絡 先	〒 — T E L () 携 帯 電 話 () あなたとの続柄()		

年	月	日	学 歴
年	月	日	職 歴 *逗子市会計年度任用職員としての職歴は必ず記載してください。

◎ ※欄は記入しないでください。

取 得 年 月 日			資 格 ・ 免 許 等 (自動車免許及び原付免許を有している方は必ず記入してください。)
年	月	日	
自覚する長所			自覚する短所
得意分野			趣味・娯楽・スポーツ
最近関心を持ったこと			
◎この欄は、申込者が未成年の場合に限り記入してください。 逗子市会計年度任用職員採用試験の申込み等を行うことに同意します。 保護者又は保証人 氏 名 住 所 電 話 () 印			
この申込書・履歴書の記載事項は事実と相違ありません。また、地方公務員法第 16 条各号に定める欠格条項の事項には該当するものではありません。 年 月 日 署 名			