

会計年度任用職員 願書

年 月 日現在

写真を貼る位置

- 縦 36 ~ 40 mm
横 24 ~ 30 mm
- 本人単身胸から上
- 裏面のりづけ

ふりがな				
氏名				
西暦	年	月	日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <small>該当する方に チェック</small>
ふりがな				電話
住所	〒 _____			

年 (西暦)	月	職歴	職種	雇用区分 (右欄に番号を記入)
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		
年	月	から		1. 正規 2. 非正規(契約社員,パート,派遣等) 3. 自営
年	月	まで		

兼業先	企業・団体名	役職・雇用形態	勤務地	勤務形態・時間

記入上の注意

- 黒ボールペンで記入すること。(消せるボールペン・鉛筆は不可)
- 数字はアラビア数字で、文字は崩さず正確に書く。

(兼業している場合のみ記入)

年(西暦)	月	学歴(学部・学科)	卒業(該当にチェック)	最終学歴(右欄に番号を記入)
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	1. 大院卒 2. 大卒 3. 短大卒 4. 専門卒 5. 高卒 6. 中卒 7. その他
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
年	月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	

年(西暦)	月	資格	年(西暦)	月	資格
年	月		年	月	
年	月		年	月	

希望する 仕事 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 一般事務補助 (窓口・電話対応等) ⇒パソコン基本操作 (Word、Excel入力等) <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 専門職 (具体的な資格職: [])
	<input type="checkbox"/> 作業員
	<input type="checkbox"/> その他 []

勤務できる 時間	: ~ :
勤務できる 曜日 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
その他 希望が あれば記入	

健康 状態	健康に関する自覚症状		
	配慮してほしいことがあれば記入(障害者手帳の有無等)		
配偶者 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養家族数	人

通勤方法

順路	通勤手段	区間	距離	所要時間	片道の額	備考
1		住所 から	km	分	円	
2		から	km	分	円	
3		から	km	分	円	
4		から	km	分	円	
5		から	km	分	円	