

## 太子町会計年度任用職員（公務員経験者）登録申込書

ふりがな		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">写真貼付位置</p> <p>1 半年以内に撮影したもの</p> <p>2 正面向、上半身、脱帽</p> <p>3 タテ4cm ヨコ3cm</p> <p>※写真裏面には氏名を記入してください。</p> </div>
氏名		
生年月日 (和暦)	昭和      年              月              日生 (満              歳)	
現住所	住所は、番地まで詳細に、マンション等の場合は〇〇号室まで記入してください。 郵便番号                      ー	
	TEL (自宅)	
	(携帯)	
	E-mail	
連絡先 <small>(結果通知の郵送先等 として上記と異なる連絡先を希望する場合)</small>	郵便番号                      ー	
	TEL (自宅)	
	(携帯)	
	E-mail	

### 最終学歴

学校名	学部・学科等	入学年月～卒業年月 (和暦)
		年    月～    年    月

### 免許・資格

取得 (見込) 年月日	免許・資格名
年    月	普通自動車運転免許 ( 有 ・ 無 )
年    月	
年    月	
年    月	
年    月	

勤務可能日数と時間数（数字に○を付けてください。複数回答可。）

週の勤務日数	1. 週 5 日	2. 週 4 日	3. 週 3 日
週の勤務時間数	1. 週 31 時間	2. 週 29～20 時間	3. 週 20 時間未満

活かせる経験・キャリアについて

公務員であった際に、培った知識・経験について	
太子町に勤務するにあたって活かせる経験やライフワークについて	

健康状態（業務に従事するにあたり、差支えのない範囲で記入してください）

医療機関において治療している、または治療を受けたことのある傷病名	① 病名 _____ 治療中・手術・観察中・既往
	② 病名 _____ 治療中・手術・観察中・既往
	③ 病名 _____ 治療中・手術・観察中・既往
	治療中…3週間以上現在も引き続いて医療機関で治療を受けている病気
	手術…過去3年以内に手術を受けた病気
	観察中…定期的に医師に診察や検査を受けている病気
既往…過去5年以内に医療機関において3週間以上の治療を受けた病気	
業務に従事するにあたり、事前に伝えておきたい症状等	

私は太子町会計年度任用職員地方公共団体勤務経験者登録募集要項に記載されている資格要件をすべて満たしており、この書類及び（別紙）職歴に記入した事項に相違ありません。

令和      年      月      日      氏 名      (自署)