

伊丹市会計年度任用職員採用試験受験申込書（保健師・助産師）

受験  
番号

（保） -

太枠線内を記入してください。

ふりがな			写真貼り付け （縦4 cm×横3 cm）  脱帽・正面向・上半身 を3ヶ月以内に撮影した もの	記入日	年 月 日	
氏 名				免許・資格・検定など（取得見込を含む）		取得年月日
生年月日	昭・平	年 月 日		普通自動車免許（記入日現在の状況）		有 ・ 無 取得見込 年 月
Tel （自宅）	-	-				・ ・
（携帯）	-	-				・ ・
現住所	〒 -		性別		・ ・	
					・ ・	
学 歴	在 学 期 間		学 校 名	学部・学科名	制 度	区 分
	自 ・ ・	至 ・ ・			3年制	卒 業
	自 ・ ・	至 ・ ・			年制	卒業 ・ 卒見込 修了 ・ 中退
	自 ・ ・	至 ・ ・			年制	卒業 ・ 卒見込 修了 ・ 中退
	自 ・ ・	至 ・ ・			年制	卒業 ・ 卒見込 修了 ・ 中退
	自 ・ ・	至 ・ ・			年制	卒業 ・ 卒見込 修了 ・ 中退
職 歴	在 職 期 間		勤 務 先 名	職 務 内 容	退 職 理 由	
	自 ・ ・	至 ・ ・				
	自 ・ ・	至 ・ ・				
	自 ・ ・	至 ・ ・				
	自 ・ ・	至 ・ ・				
	自 ・ ・	至 ・ ・				
志望動機						
自己PR（または現在努力している事項）						
今一番関心のあること						
長 所				ボランティア活動		
短 所				クラブ・サークル活動		
趣 味				特 技		

（確認事項） あなたがこの申込書に記載された個人情報については、個人情報の保護に関する法律により保護され、採用以外の目的に利用されることはありません。