

令和6年度 会津若松市会計年度任用職員（専門員）  
会津若松市児童福祉施設入所費用徴収推進員 選考試験 受験申込書

写 真	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日
縦 横 4 cm × 3 cm	現住所	〒 TEL		
		問い合わせ電話連絡先 (日中、連絡のつく番号)	TEL	

学 歴	年	月	学校名	区分	学部学科名	
					中学校	
				高等学校		科 入学
				高等学校		科 卒業・卒業見込・ 中退
					学部	科 入学
					学部	科 卒業・卒業見込・ 中退
					学部	科 入学
					学部	科 卒業・卒業見込・ 中退
職 歴 (書ききれない場合は、直 近6つ分)	年 月 日から	年 月 日まで	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他		
	年 月 日から	年 月 日まで	業務内容：			
	年 月 日から	年 月 日まで	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他		
	年 月 日から	年 月 日まで	業務内容：			
	年 月 日から	年 月 日まで	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他		
	年 月 日から	年 月 日まで	業務内容：			
退職の 事由						
資格						
受験 資格確認 (該当する 場合は✓)	<input type="checkbox"/> 高校卒業程度の学歴を有する					
	<input type="checkbox"/> 普通自動車運転免許取得又は取得見込					
志望動機					健康状態	