

令和6年度 会津若松市会計年度任用職員（専門員）
 医療的ケア児等コーディネーター 選考受験申込書

※受験番号

B -

※には記入しないでください

写真
縦横
4cm×3cm

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

	年	月	学校名	区分	学部学科名	
学歴				中学校		卒業
				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： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他
	年 月 日から 年 月 日まで	勤務先： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他
	年 月 日から 年 月 日まで	勤務先： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他
	年 月 日から 年 月 日まで	勤務先： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他
	年 月 日から 年 月 日まで	勤務先： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他
	年 月 日から 年 月 日まで	勤務先： 業務内容：	雇用形態： 正規 ・ その他

退職の事由

資格

受験資格確認

※申込時に資格証等の写しを併せて提出していただきます。

保健師

看護師

相談支援専門員（児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項または障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。）