写真貼付

平成３０年度　奥尻町職員採用申込書

　このたび、奥尻町職員として採用願いたく、関係書類を添えて提出しますので、よろしくお願いいたします。

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 現 住 所  （連絡先） | 〒  電話番号：　　　　－　　　　－  E-Mail ： |

※電話番号は、昼間に連絡可能な番号を記入して下さい。

応募職種

|  |  |
| --- | --- |
| 応募職種 | 添　付　書　類 |
| 理学療法士  作業療法士  （どちらかに○） | 理学療法士（作業療法士）の免許証の写  卒業見込証明書及び成績証明書（新卒の方） |

※裏面も記入すること

学歴（中学校以上の学歴について記入すること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 学科名等 | 期間 | |
| 中学校 | － | 年　　月 | 卒業 |
|  |  | 年　　月 | 卒業・中退 |
|  |  | 年　　月 | 卒業・中退 |
| （最終） |  | 年　　月 | 卒業・中退 |

職歴（自営も含めて今までの勤務経過を年代順に記入すること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先 | 所在地 | 在職期間 | 職務内容 |
|  |  | 年　　月から  年　　月 |  |
|  |  | 年　　月から  年　　月 |  |
|  |  | 年　　月から  年　　月 |  |
|  |  | 年　　月から  年　　月 |  |
|  |  | 年　　月から  年　　月 |  |

免許資格等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 免許資格名 | 取得（見込み）年月 | 発行者 |
|  | 年　　月 |  |
|  | 年　　月 |  |
|  | 年　　月 |  |
|  | 年　　月 |  |

家族構成（市町村職員共済に加入する関係で必要なので記入すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 配偶者 | 有　・　無（どちらかに○印） |
| 配偶者の扶養義務 | 有　・　無（どちらかに○印） |
| 扶養家族数（配偶者を除く） | 人（内訳：　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※扶養義務のない家族数  　（配偶者を除く） | 人（内訳：　　　　　　　　　　　　　　） |