

申込日：令和 年 月 日

## 令和 7 年度 射水市会計年度任用職員採用選考申込書

|                             |                                      |                                                              |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ふりがな                        |                                      | 写真貼付<br><br>縦 4cm×横 3cm の<br>1 年以内に撮影し<br>た写真を貼り付け<br>てください。 |
| 氏 名                         |                                      |                                                              |
| 生年月日                        | 昭和・平成 年 月 日<br>(令和 7 年 4 月 1 日時点で 歳) |                                                              |
| 現 住 所                       | 〒 -                                  | 自宅電話<br><br>- -                                              |
|                             |                                      | 携帯電話<br><br>- -                                              |
| 現住所以外<br>の連絡先<br>(必要に応じて記入) | 〒 -                                  | 電 話<br><br>- -                                               |

|                 |                                                                                              |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 希望職種            |                                                                                              |
| 希望勤務日           | <input type="checkbox"/> 週 5 日勤務可能 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）<br>(例：週〇日程度、〇曜日勤務可能 ) |
| 勤務可能時間          | 時 分 ～ 時 分                                                                                    |
| 希望任用期間          | <input type="checkbox"/> 1 年 <input type="checkbox"/> 1 年未満 ( 月から 月)                         |
| 勤務条件等<br>に関する考慮 | 勤務条件等について、考慮してほしいことがあれば自由に記入してください。<br>(例：配偶者の扶養の範囲内での勤務を希望します。)                             |

- ※ 希望する選択肢の□にチェックを付けてください。
- ※ 職種や勤務条件等については、募集要項等でご確認ください。
- ※ この申込は採用を確約するものではありません。
- ※ 個人情報は選考及び採用手続き以外には使用しません。

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| 学校名／会社名等 | 学部・学科等／仕事の内容 | 区分 | 期間        |
|----------|--------------|----|-----------|
|          |              |    | 年 月 ～ 年 月 |
|          |              |    | 年 月 ～ 年 月 |
|          |              |    | 年 月 ～ 年 月 |
|          |              |    | 年 月 ～ 年 月 |
|          |              |    | 年 月 ～ 年 月 |

※ 「区分」の欄には、学歴（最終学歴）では「卒業」又は「卒業見込」、職歴では「正規」又は「臨時」を記入してください（在学中のアルバイトは記入不要）。射水市会計年度任用職員としての勤務経験がある方は、その内容についても記入してください。

| 免許・資格              | 取得（見込）年月      |
|--------------------|---------------|
| 普通自動車運転免許（ 有 ・ 無 ） | 年 月 取得 ・ 取得見込 |
|                    | 年 月 取得 ・ 取得見込 |
|                    | 年 月 取得 ・ 取得見込 |

※ 資格等を要する職種の場合は、記入の上、資格証等の写しを添付してください。

|                         |       |                                    |                                      |                              |
|-------------------------|-------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 志望理由                    |       |                                    |                                      |                              |
| 自己PR（これまでの経験、得意分野、性格など） |       |                                    |                                      |                              |
| パソコン操作                  | word  | <input type="checkbox"/> 仕事で使用していた | <input type="checkbox"/> 入力など簡易な操作のみ | <input type="checkbox"/> 未経験 |
|                         | excel | <input type="checkbox"/> 仕事で使用していた | <input type="checkbox"/> 入力など簡易な操作のみ | <input type="checkbox"/> 未経験 |

**どちらに該当するか、○をつけてください（※「はい」の場合、任用されません）**

地公務員法第16条の欠格条項に該当しますか（ はい ・ いいえ ）

【欠格条項】

- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ・ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
- ・ 射水市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者

- 
- ※ 障がい者手帳の交付を受けている方は、以下の該当する□内をチェックし、各項目を記入してください。
- ※ 障がい者手帳等の写しを添付してください。
- ※ 障がい（病気）のため、仕事をする上で配慮してほしいことや、希望する具体的な仕事内容などがあれば、表面の「勤務条件等に関する考慮」欄に記入してください。

|                                               |                |
|-----------------------------------------------|----------------|
| □ 療育手帳（ A B ）                                 | □ 精神保健福祉手帳（ ）級 |
| □ 身体障害者手帳（ ）級（視 聴 肢 心臓 肝臓 腎臓 その他（ ））          |                |
| 現在ご自身の障がい（病気）のためにかかっている病院はありますか。（ あ る ・ な い ） |                |