

年 月 日現在

※写真を貼ってください 1 縦36-40mm 横24-30mm 2 胸上無背景	職 種	勤務可能な勤務地	氏 名
	※募集案内P2「募集職種ごとの主な職務内容及び配属先」に記載してある職種名を記載してください。	<input type="checkbox"/> 全道どこでも可 <input type="checkbox"/> () 振興局管内であれば可 <input type="checkbox"/> () 市・町・村 限定	(ふりがな)
			性 別
			男 ・ 女
現住所	生年月日		
電話番号 自宅・携帯 ()	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
連絡先(帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入してください)	登録番号(※人事課記載欄)		
電話番号 自宅・携帯 ()			

■ 経歴・職歴(中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期(見込)
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技〉	普通自動車運転免許の有無
				有 ・ 無
			扶養親族数(配偶者除く)	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無
〈健康状態・既往歴〉(いずれかにレを記入) <input type="checkbox"/> 特に大きな病気をしたことはない <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気がある 病名: _____ <input type="checkbox"/> (1ヶ月以上)の病気をしたことがある 時期: _____年 月~ _____年 月 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている(_____手帳 _____級・判定)				
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉				

育休任期付職員候補者登録申込書（2 / 2）

年 月 日現在

職 種	登録番号	氏名
※募集案内P2「募集職種ごとの主な職務内容及び配属先」に記載してある職種名を記載してください。	※人事課記載欄	(ふりがな)

■ あなたのこれまでの経験等（職務経験や学生生活など）において、大きな成果が得られたと考えることについて、具体的に記述してください。また、これまでの経験やその成果を道行政にどのように活かすことができるのか併せて述べてください（500字以内）

応募する職種が、主事、技師、獣医師、薬剤師、船員の方	<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される育休任期付職員書類選考において、本申込書が使用されることに同意します。 <u>（日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。）</u></p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名（自筆）</p>
応募する職種が上記以外の方	<p>私は、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される育休任期付職員書類選考において、本申込書が使用されることに同意します。 <u>（日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。）</u></p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名（自筆）</p>