

香芝市会計年度任用職員選考試験申込書

ふりがな		性別	女	男	受験番号※	
氏名		生年月日	年	月		
現住所	〒 電話（携帯電話可）				写真 (4.5cm×4cm) 上半身 3か月以内に撮影したもの	
連絡先	〒 同上 電話（携帯電話可）					
最終学歴	年 月 日 (卒・修・退)					
希望職種	教育指導員 特別支援教育アドバイザー 外国語指導助手(ALT) 学校看護師 特別支援教育支援員 スクールサポートスタッフ ※希望の職種に○をつけてください。複数希望も可。					
履 歴			免許状			
自年月日	至年月日	学歴職歴等	種類	教科	見込みは △	
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
・	・					
勤務希望の曜日に○をつけてください。					受付印	
月 火 水 木 金						

- ※ 特別支援教育アドバイザー・教育指導員は、教員免許状、更新講習修了確認証明書の写し
- ※ 学校看護師は看護師免許の写しの添付が必要です。
- ※ 特別支援教育支援員は、教員免許状を所持している場合のみ、添付をお願いします。
- ※ スクールサポートスタッフ・ALTを希望される場合は、本紙のみご提出ください。