

職歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (下記に詳細を記入してください)	<input type="checkbox"/> 無し
勤務先名	仕事内容	在職期間 (和暦で記入)
最終(現在) 〇〇病院〇〇科	助産業務	平成29年4月～平成31年3月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月
その前		年 月～ 年 月

障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り
身体等の事情により、面接に際し、特に配慮が必要な方は右の欄に記入してください。 (例：車いすの使用)		

私は、募集案内の記載内容を了承の上、徳島市会計年度任用職員の任用を申し込みます。

なお、私は、募集案内記載の申込資格を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 3年 2月 3日

氏名 (自筆) **阿波 踊子**