

群馬県後期高齢者医療広域連合パートタイム会計年度任用職員申込書

令和 年 月 日作成

写 真 (縦 4cm 横 3cm) ※写真の裏面に氏名 を記載し、貼付し てください。	ふりがな			性 別
	氏 名			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	昭和 平成	年 月 日 日生 (作成日現在 歳)	
現住所	〒 (-)			
電話番号 () —		携帯番号 () —		
学 歴	年 月 卒業 ・ 修了 ・ 中退			
群馬県後期高齢者医療広域連合での任用履歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入)		<input type="checkbox"/> 無し
在職期間		任用所属 (職名)		
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
群馬県後期高齢者医療広域連合以外の履歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入)		<input type="checkbox"/> 無し
在職期間		勤務先	職務内容	雇用形態
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
取得年月日	資格・免許			
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

志望動機、特技、趣味、アピールポイントなど

本人希望記入欄（希望などがあれば記入）

この申込書の記載事項に相違ありません。また、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当していません。

地方公務員法第16条

- ・ 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

年 月 日

氏名（自筆）