令和８年度大田区乳幼児家庭予防的支援対策専門員採用選考申込書

※裏面の「記入上の注意」をよく読んでから黒色のペンまたはボールペンで記入してください。

写真貼付位置
1 縦 36～40 ㎜ 横 24～30 ㎜
2 本人単身胸から上
3 裏面に氏名記入
4 裏面にのりづけ

フリガナ	
氏　　名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 満　　歳（令和９年３月31日現在）

フリガナ	
現住所	〒　　－ 携帯電話（　　）　　－ 電話（　　）　　－
フリガナ	
郵送先 （現住所と異なる場合のみ記入）	〒　　－ 電話（　　）　　－

	学校名・学部学科名	在学期間	
学歴	現在(最終)	昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	卒業・卒業見込・中途退学
	その前	昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	卒業・卒業見込・中途退学

	勤務先名	在職期間	
職歴 新↓旧		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト
		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト
		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト
		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト
		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト
		昭和・平成・令和　　年　　月から 昭和・平成・令和　　年　　月まで	正規・非常勤・アルバイト

	名　称	取得（見込）年月日	取扱機関
資格		昭和・平成・令和　　年　　月　　日 取得・取得見込	
		昭和・平成・令和　　年　　月　　日 取得・取得見込	
		昭和・平成・令和　　年　　月　　日 取得・取得見込	

↓裏面もあります

該当するものに〇をしてください。

◆パソコン操作　文書作成（ワード）　　できる　5　4　3　2　1　できない

　　表計算（エクセル）　　5　4　3　2　1

私は、大田区乳幼児家庭予防的支援対策専門員採用選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は、地方公務員法で選考を受けることができないとされる者に該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　申込者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入上の注意

1　黒色のペンまたはボールペンで記入してください。**消せるボールペンは使用しないでください。**
2　生年月日欄は令和９年３月 31 日現在の年齢を記入してください。
3　郵送先欄は現住所以外へ受験票等の送付を希望する場合のみ記入してください。
4　連絡先は確実に連絡が取れる電話番号を記入してください。
5　資格欄には保健師免許のほかにお持ちの資格・免許があれば記入してください。
6　職歴欄は新しいものから順に記入してください。書ききれない場合は新しいものを３つ記入してください。
7　申込者氏名欄横にある日付は申込書を記入した日付を記入してください。

参考

地方公務員法第１６条

次の各号のいずれかに該当する者は、条例で定める場合を除くほか、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができない。
一　拘禁刑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
二　当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者
三　人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、第六十条から第六十三条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者
四　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

（注）平成 11 年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）は受験できません。