申込区分	
職の区分	保健師

令和６年度
品川区会計年度任用職員採用選考　申込書

写真貼付
縦４㎝×横３㎝

品川区長あて

フリガナ	
氏名	
生年月日　　年　　月　　日（満　　歳）	

フリガナ	Mail：
現住所（〒　　-　　）	自宅電話：　　－　　－
	携帯電話：　　－　　－

	学　校　名・学　部　学　科　名	在　学　期　間
学歴		年　月から 年　月まで
		年　月から 年　月まで

	勤　務　先	職　務　内　容	在　籍　期　間	雇　用　形　態
職歴（新しい順に記載）			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	

	取　得　年　月　日	資　格・免　許　名　称
資格・免許	年　月	
	年　月	

◆　志　望　動　機・自　己　Ｐ　Ｒ　◆

◆　あなたが有している知識や経験を品川区の事業にどのように活かしたいですか。　◆

◆　本採用募集における勤務条件は、週20時間以上の勤務を予定しているため、
規定上社会保険（雇用保険、健康保険、厚生年金保険）に加入していただきます。

上記について確認した場合、右の□に✓をしてください。　□　**確認いたしました**

◆　併願状況（品川区または他自治体等実施の他選考を受験している場合は記入ください。）

（　①　　②　）

私は、品川区会計年度任用職員採用選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は、地方公務員法第16条の各号のいずれにも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　　氏名（自署）