

新潟市東区役所会計年度任用職員（保健師）応募用紙

ふりがな					(写真) 撮影 3か月以内の ものを貼付 (縦 4 cm, 横 3.5 cm程度)	
氏名						
生年月日 (年齢基準日: 令和7年4月1日)		昭和・平成・西暦 年 月 日 (満 歳)				
現住所 〒					電話番号	
連絡先 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)					電話番号	
学歴 (最終学歴から順に記載してください)			職歴 (直近のものから順に記載してください)			
年	月	学歴 (中学校以前は記載不要)	年	月	職歴	
免許・資格						
年	月	名称	年	月	名称	
勤務可能時間 (1週あたり)		週 日 時間/日				
社会保険 適用の可否		適用可 • 適用不可				
勤務可能区		北・東・中央（本庁含む）・江南・秋葉・南・西・西蒲				
通勤手段		自家用車 • バス • 電車 • バイク 自転車 • 徒歩 • その他（ ）				

新潟市会計年度任用職員として任用する目的で、本応募用紙に記載された個人情報の提供を求められた場合、人事課及び区総務（地域総務）課に個人情報を提供することについて

同意します • 同意しません

私は、募集案内にあるすべての応募資格要件を満たしており、上記の記載事項に相違ありません。

年 月 日 氏名

印

※自署の場合は押印不要です