

令和 8 年度 北区役所会計年度任用職員（専門職）応募用紙

（写真）

撮影 3 か月以内の

ものを貼付

（縦 4 cm，横 3.5 cm 程度）

ふりがな						
氏名						
生年月日 （年齢基準日：令和 8 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
職種		保健師・助産師・看護師・歯科衛生士・栄養士・保育士				
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	