

新潟市西蒲区役所会計年度任用職員（専門職）応募用紙

ふりがな					
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
職種		保健師・看護師・助産師・歯科衛生士・栄養士・保育士・臨床検査技師			
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（ ）			

(写真)
撮影3か月以内の
ものを貼付
(縦4cm, 横3.5cm程度)

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	