

鹿児島市検診業務支援員（会計年度任用職員）募集
選考申込書

| | | | | | |
|---|---|--|--|-------|-----|
| ふりがな | | | | ※受験番号 | |
| 氏名 | | | | 番 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | 年齢 | 満 歳 |
| 現住所 | (〒 -) (電話) | | | | |
| 連絡先 <small>(現住所以外に 連絡を希望する 場合のみ記入)</small> | (〒 -) (電話) | | | | |
| パソコンの経験 <small>(あてはまるもの に○印)</small> | ワード ・ エクセル ・ パワーポイント ・ ホームページ作成や編集 ・ ブログ作成 その他 () | | | | |
| アピールポイント (仕事、資格、趣味、特技、文化・スポーツ・ボランティア活動など) | | | | | |
| <p>私は、鹿児島市検診業務支援員（会計年度任用職員）募集の選考申込みをしますが、次の各号のどれにも該当していません。</p> <p>(1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者又はその執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>(2) 鹿児島市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過していない者</p> <p>(3) 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</p> <p>記載事項のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 (自署)</p> | | | | | |

プリントアウトした選考申込書を利用する方への注意事項

- 1 **A4縦サイズ**の用紙でプリントアウトしてください。サイズの異なる用紙や感熱紙及び文字化けしたものは受付できません。
- 2 郵送で申し込む場合は、送付用封筒の表に「選考申込書在中」と朱書きしてください。
※選考申込書は、**折り曲げない**でください。
- 3 選考申込みの受付期間及び受付時間
(受付期間)
随時。募集人数の採用が決まり次第、受付を終了します。
(受付時間)
午前8時30分～午後5時15分（正午から午後1時までの時間を除く）

〒890-8677 鹿児島市山下町11番1号

鹿児島市健康福祉局保健部感染症対策課

電話 099(803)7023

※Eメールでの受験申込みは受け付けておりません。