**会計年度任用職員応募用紙**

写 真

縦36～40mm

横24～30mm

上 半 身

※A4長辺とじ両面印刷してください。

応募先所属名

山梨県衛生薬務課

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | 性 別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 昭和  平成　　 年　　 月　　 日（満　　　　歳） | | | |
| 現住所 |  | 〒 | | |
| TEL  （　　　　　　方呼出） | | |
| 上以外の  連絡先 | 実家　・　親族宅　・　その他（　　　　　　　　　） | 〒 | | |
| TEL  （　　　　　　方呼出） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　歴　（高等学校以降の学歴を記載ください） | | | |
| 学　　校　　名 | 学　部　・　学　科 | 修　学　期　間 | 卒業・修了・中退・卒業見込 |
|  |  | ～ |  |
|  |  | ～ |  |
|  |  | ～ |  |
|  |  | ～ |  |
|  |  | ～ |  |
|  |  | ～ |  |
| 免許・資格（運転免許など所有しているものを記載ください） | | | |
| 職　　歴（県における職歴および応募条件として必要なものは必ず記載ください） | | | |
| 年　　月　　日 | 勤　務　先　等 | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| 職　　歴（県における職歴および応募条件として必要なものは必ず記載） | | | |
| 年　　月　　日 | 勤　務　先　等 | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| ・ ・ |  | | |
| 特技（その資格） | | | |
| 趣味 | | | |
| 山梨県に勤める家族・親類・知人がいる場合は、その氏名と所属 | | | |

氏名

氏名

|  |
| --- |
| 山梨県会計年度任用職員を志望した動機 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 可能な通勤手段  （複数選択可） | 鉄道　・　バス　・　自家用車（四輪 ・ バイク）　・　自転車　・　徒歩 |

|  |
| --- |
| 本人希望記入欄（特に勤務時間その他についての希望があれば記入） |

|  |  |
| --- | --- |
| 採用とならなかった場合にこの用紙の返却を希望 | する　・　しない |