

(ふりがな)		性別 ※1 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日生		年齢 (2025.7.1現在)	写真貼り付け欄 (縦4cm×横3cm) 写真は申込前6ヶ月以内に撮影した前向き・脱帽・上半身が写っているものを必ず貼り付けてください。(写真の無いものは受け付けできません) 写真の裏面に氏名を記入してください。
氏名			受験番号 ※記入しないでください		満 歳	
住所 (千 —)						年 月 撮影
電話番号 ※選考のご案内をしますので以下に日中連絡のとれる番号を記入してください。 () — <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()						
障害について						
障害の種類 身体障害 知的障害 精神障害 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		障害の程度(等級)		障害名 (省略せず、手帳等の記載通りに記入して下さい。)		
交付機関名		交付年月日 年 月 日 (再交付) 年 月 日		有効期限 (精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方のみ記入して下さい。) 年 月 日		
受験上の配慮の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※ありの場合は、具体的に記入してください。				
学歴						
(最終学校名)	(学部名)	(学科名)	(在学期間) ※西暦で記入 年 月 ~ 年 月	(所在地※地名まで)	(年制、卒業(見込)等) <input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
(その前)			年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 年制 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴						
(最終勤務先名)	(勤務形態、職務内容)	(所在地※地名まで)	(期間)※西暦で記入 年 月 ~ 年 月			
(その前)			年 月 ~ 年 月			
(その前)			年 月 ~ 年 月			
(その前)			年 月 ~ 年 月			
勤務可能な形態 ※勤務可能な形態があれば、全てに☑を記入してください。						
<input type="checkbox"/> 週3日×7時間 (週21時間)	<input type="checkbox"/> 週3日×7.75時間 (週23.25時間)	<input type="checkbox"/> 週4日×6時間 (週24時間)	<input type="checkbox"/> 週4日×7時間 (週28時間)	<input type="checkbox"/> 週5日×5時間 (週25時間)	<input type="checkbox"/> 週5日×6時間 (週30時間)	
勤務可能な曜日 ※勤務可能日数に関係なく、勤務可能な曜日全てに○を記入してください。						
週の勤務可能曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					
勤務可能な時間帯 ※勤務可能な時間帯を記入してください。なお、開庁時間は一部を除き8:30~17:15です(12:00~13:00は原則昼休憩)。						
週の勤務可能時間帯	() 時 () 分 ~ () 時 () 分 【 例 : 8時30分~17時15分、9時00分~16時00分 等 】					

※1:「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

※注:記載事項に虚偽がある場合には、採用される資格を失います。また、本申込書は職員採用選考以外の目的では使用しません。

(裏面にも必ず記入してください)

氏名		生年月日 年 月 日生		受験番号 ※記入しないでください	
申込み理由					
希望する職務内容及びその理由					
あなたが働く上で心掛けていることを記入してください。(理由も含めてできるだけ具体的に記入してください。)					
あなたの長所と短所					
<長所>			<短所>		
<得意なことや作業>			<苦手なことや作業>		
仕事をする上で配慮してほしいことや知っておいてほしいことを具体的に記入してください。					
資格・免許					
		年 月取得		年 月取得	
		年 月取得		年 月取得	
社会保険(共済組合)の適用等					
※ 令和7年度は時給1,130円の予定です。2か月を超える任用の場合、週当たり20時間以上の勤務は社会保険(共済組合)の強制適用となり、扶養を含め、他の社会保険に加入することはできません。					
私は、佐倉市会計年度任用職員募集案内の記載内容を了承の上、選考を受験したいので、申し込みます。なお、私は募集案内に掲げてある応募資格を全て満たしており、申込時に記入した事項は全て事実と相違ありません。					
年 月 日 氏名					

【注】

佐倉市役所総務部人事課

○記載事項に虚偽がある場合には、採用される資格を失います。また、本申込書は職員採用選考以外の目的では使用しません。