

## 豊前市会計年度任用職員 申込書兼履歴書 (1/2枚目)

令和 年 月 日現在

ふりがな			性別	生年月日	<b>【写真】</b> 1. 縦:36~40mm 横:24~30mm 2. 単身胸から上部 3. 裏面のりづけ
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (満 歳)	
豊前市で旧姓で働いたことがある場合 (旧姓: )					
電話番号(※携帯番号でも可)				メールアドレス	
( ) -					
現住所	〒( )				
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	

卒業(中退)年月	最終学歴
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	( <input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退・ <input type="checkbox"/> 卒業見込 )

豊前市役所での任用歴	<input type="checkbox"/> 有 (※有の場合は、下記に直近のものを上から順に記入) <input type="checkbox"/> 無			
在職期間	職員区分	職種	任用所属(課名)	
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				

豊前市役所以外での任用歴	<input type="checkbox"/> 有 (※有の場合は、下記に直近のものを上から順に記入) <input type="checkbox"/> 無		
在職期間	勤務先	仕事内容	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

*交付を受けている人は記入してください。	身体障害者手帳	障害等級	交付年月日	再認定の時期	手帳番号
	精神障害者保健福祉手帳	障害等級	交付年月日	再認定の時期	都道府県第 号
			年 月 日	年 月 日	都道府県第 号
			年 月 日	年 月 日	都道府県第 号

<b>注意事項</b>	1. 採用がある場合のみ連絡いたします。 2. 提出された履歴書・専門職免許状等の写しは、返却いたしません。
-------------	---