

**新潟市会計年度任用職員（パートタイム：介護予防ケアプラン点検員）  
採用試験 受験申込書**

※試験案内に記載の受験申込書記入上の注意をよく読んで記入してください

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日生 (本書記入時点現在 満 歳)
現住所	〒 Tel ( ) -
合否 通知先	※現住所と同じであれば記入不要。 〒 Tel ( ) -

受験 番号	—
----------	---

写真を貼る  
※3か月以内に  
撮影したもの。  
写真がないと受  
験できません。  
(縦4cm, 横3.5  
cm程度)

年  
月  
撮  
影

学歴・学校名	学部	学科	在学期間	該当を○で囲む
最終			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退
現在の勤務状況 (該当を○で囲む)	有・無	有の場合勤務先名		

検定 資格 免許	名称	取得年月日	名称	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

私は新潟市会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。  
なお、私は試験案内にあるすべての受験要件を満たしており、この申込書の記載事項に  
相違ありません。

年 月 日 氏 名

※ 学歴欄は最終学歴だけではなく、「その前」の学歴も記入してください。  
ただし、「その前」の学歴が中学校以前の場合は記入不要です。

志望 動機			
性格	長所		短所
趣味 特技			

職歴（今までの職歴のうち直近のものから順に書いてください。）

在職期間	勤務先名称 (部課係まで)	区分	職務内容 (詳細にお書きください)
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	

福祉・医療関係事務の職歴（詳しくお書きください。上記職歴と重複してもかまいません。）

年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	
年 月～ 年 月 (期間 年 月)		1 正規社員 2 アルバイト 3 その他 ( )	