

※勤務可能な所属課をすべて○で囲んでください。

## （中央・南部・東部・西部・北部）保健センター

受付年月日	受付	整理番号
令和 年 月 日	郵送・持参	
		N o. .

## 母子保健支援員（会計年度任用職員）申込書

ふりがな							男・女
氏名							印
生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満 才)		
ふりがな							
現住所	〒						
ふりがな							
連絡先	〒						

写真欄

1. 写真は6か月以内に撮影されたもの
  2. 本人単身胸から上のもの

氏名	
----	--

年号	年	月	免許・資格

志望動機
------

特技・趣味等、その他特記事項を記入。
--------------------

私は、母子保健支援員（会計年度任用職員）の申込みをしますが、次の各号のどれにも該当しておりません。 (1) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 (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 (3) 日本国憲法施行の日以後において、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  記載した内容は事実と相違ありません。	
令和 年 月 日	
氏名	(自署)

(記入上の注意)

1. 青または黒インキで記入すること。
2. 氏名及び生年月日は戸籍記載のとおり正確に記入すること。
3. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。
4. ※印を付した欄を除く全ての欄に漏れなく記入押印すること。
5. 虚偽の記載であることが判明した場合は、雇用を取り消すことがあります。