

鹿児島市会計年度任用職員募集選考申込書

令和 年 月 日

選考区分	母子父子寡婦福祉資金償還指導員				
氏名				印	*整理番号 番
生年月日	昭和・平成 年 月 日 滿 歳				
現住所	電話 () - () - ()				
連絡先	電話 () - () - ()				
資格	資格の種類	取 得 年 月 日			
		昭和 年 月 日			
		平成 年 月 日			
		令和 年 月 日			
各種税・使用料・料金徴収の勤務経験をお持ちの方は記載してください。	昭和 年 月 日				
	平成 年 月 日				
	令和 年 月 日				

私は、鹿児島市母子父子寡婦福祉資金償還指導員選考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) 禁錮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降において、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、又はこれに加入了した者

記載事項のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

(自署)