2026年度町田市会計年度任用職員採用選考申込書

【　　年　　月　　日】

写真
（4×3cm）

申込課	保健予防課	職名（職種）	会計年度補助職員【月6日以内】 母子保健係（健福）看護師

ふりがな	
氏　　名	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日（満　　歳）
ふりがな	
住　　所	〒　　－

【電話番号】

年	月	学歴・職歴
年	月	免許・資格

【面接希望日】 希望する日時に○を記入してください。	12月7日（月曜日）		12月8日（火曜日）	
	午前	午後	午前	午後

【志望動機】

【業務内容等の確認】

□　募集要項の内容を確認したうえで申し込みます。

【採用された場合の兼業等の予定】

□　あり（名称：　　）　□　なし　※兼業等をする場合、別途兼業届が必要です。

【欠格事由等に関する申告】

□　以下の地方公務員法第16条に定める採用に関する欠格事由等**全てに該当しない場合は、左の□にチェックを入れてください。**

・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
・町田市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
・人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し刑に処せられた者
・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
・平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）

上記のとおり町田市会計年度任用職員への採用選考を申し込みます。また、この採用選考申込書及びその他提出書類の全ての記載事項に相違ありません。