寄居町保健事業従事者登録制度申込書

申請日　令和　　年　　月　　日

寄居町長　　峯岸　克明　宛て

写真貼付位置

(縦４㎝×横３㎝)

上半身脱帽正面向き

６か月以内に撮影し

たもの

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　月　　日生　　（　　　　歳） |
| ふりがな |  |
| 現 住 所 | 〒（　　　－　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　－　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　携帯　　　－　　　　－ |
| ふりがな |  |
| 連 絡 先 | 〒（　　　－　　　　）（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）  　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　－　　　－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 最終  学歴 | 学校名 | 学部・学科 | 卒業年月 | 区分（〇で囲む） |
|  |  | 年　　月 | 卒業・修了・中退 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 職　　　　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 寄居町役場任用歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格・免許 | 名称・種類 | 取得（見込）年月 | 名称・種類 | 取得（見込）年月 |
|  | 年　　月 |  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |  | 年　　月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 志望動機・自己ＰＲ |  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **私は、寄居町保健事業従事者登録を希望しますので、次のとおり誓約の上、本書をもって申込みます。**  **(１)　私は地方公務員法第１６条の欠格条項に該当いたしません。**  **(２)　この申込書の記載事項は事実に相違ありません。**  **令和　　年　　月　　日**  **氏　名　　　　　　　　　　　　　　　（自署）** |

寄居町事務処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 任用有無 | 従事事業 | 任用期間 |
| 有 ・ 無 |  | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 有 ・ 無 |  | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 有 ・ 無 |  | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | |
| 口座 | マイナ |
|  |  |