

世田谷区介護保険課保険給付事務補助 採用選考申込書兼履歴書

※記入しないで下さい。

番号	
----	--

令和8年4月1日現在で記入してください

フリガナ			
氏名			
生年 月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
住所	郵便番号	—	
	最寄り駅	線	駅
	電話番号	()	
携帯電話番号	()		

写真(カラー)を貼って下さい。

- 最近3ヶ月以内に撮影したもの(無背景)
- 縦約4cm×横約3cm

端末 操作	該当する項目に○をしてください パソコン: <u>熟練</u> • 普通 • 初級 • 不可 ↓ 〔パソコンに 関する資格 等〕	扶養家族数 (配偶者を除く) 人	
	配偶者 * 有 • 無	配偶者の扶養義務 * 有 • 無	
性格	長所		
	短所		
記※ 入学 し歴 て・ く職 だ歴 さを い、 。新 しい・ もの のから 順番 に、 遡つて 歴	期間	学歴・職歴	
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		

私は、世田谷区介護保険課保険給付事務補助採用選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は地方公務員法等で選考を受けることができないとされる者には該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。
令和 年 月 日

氏名 (自署)

(裏面あり)

(1) 応募の理由(動機や抱負を含めて)を記入してください。

(2) 特記事項(アピールしたい内容や勤務するにあたっての特別な事情があればご記入ください。)

【個人情報の取扱いについて】

○個人情報については、世田谷区個人情報保護条例に基づき適切に管理しています。

提出された「世田谷区介護保険課保険給付事務補助採用選考申込書兼履歴書」やそれに基づき作成した資料等は厳重に管理するとともに、採用選考以外の目的では使用しません。また、規定の保存年限経過後に適切に廃棄します。