

整理番号 *

令和6年度 大田区介護保険認定調査員 採用選考申込書

写真

最近3か月以内に
撮影したもの
(上半身脱帽正面)
タテ4cm
ヨコ3cm
裏面に氏名を記入
してください

ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 満 歳(令和7年3月31日現在)			
住所	〒 -			
郵送先 (住所と異なる 場合のみ記入)	〒 -			
連絡先 電話番号	※平日の日中に連絡のつく連絡先を記載してください。			
メールアドレス				
職歴 (上から新しい順に)	在職期間	勤務先名	勤務内容	雇用形態
	平成/令和 年 月 ~ 平成/令和 年 月		(認定調査実績) 月平均 回	・ 正社員 ・ ()
	平成/令和 年 月 ~ 平成/令和 年 月		(認定調査実績) 月平均 回	・ 正社員 ・ ()
	平成/令和 年 月 ~ 平成/令和 年 月		(認定調査実績) 月平均 回	・ 正社員 ・ ()
	平成/令和 年 月 ~ 平成/令和 年 月		(認定調査実績) 月平均 回	・ 正社員 ・ ()
	平成/令和 年 月 ~ 平成/令和 年 月		(認定調査実績) 月平均 回	・ 正社員 ・ ()
その他有 りな経歴				
認定調査員 新規研修	修了済み ・ 令和6年7月31日までに修了見込み			
保有する 資格・免許				
私は、大田区介護保険認定調査員採用選考に申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当しておりません。(裏面参照) 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)				

※ 申込書に記入していただいた個人情報につきましては、本採用選考業務にのみ使用し、他の業務に供することは、一切ありません。

※ 申込書は、黒のインク又は黒ボールペンで記入してください。